

問診日 年 月 日

アミロイド PET検査問診票

ID :
氏名 :

PET-CT検査を安全に受けていただくために以下の質問にお答えください。

移動方法 ☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ※介助が必要な場合、同伴者をお願いします。
排泄方法 ☐ 自立 ☐ 導尿 ☐ オムツ ☐ ストマ ☐ その他 ()
仰向けで30分安静 ☐ できる ☐ できない (理由:)

1. これまでにアミロイドPET検査を受けたことはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
『はい』と答えた方 (前回受けた施設: 、 年 月 日)
2. ICD (植込み型除細動器) が体内に入ってますか？ ☐ はい ☐ いいえ
3. 狭いところが苦手 (閉所恐怖症) ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
4. アルコールでアレルギー反応を起こしたことはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
5. リブレ (持続自己血糖測定器) を使用していますか？ ☐ はい ☐ いいえ

《以下女性の方のみお答えください》

6. 現在妊娠の可能性はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
7. 現在授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

上記問診の回答内容によっては検査ができない場合がありますので、ご了承ください。また注意事項が守られていない時も検査ができない場合がありますので、別紙検査説明書の注意事項をご確認ください。

PET-CT同意書

- ・PET-CT検査では、放射性薬剤及びCT撮影による一時的な被ばくがありますが、急性放射線障害などの健康被害が起こる可能性はありませんので、安心して検査を受けてください。妊娠中・妊娠の可能性のある方、現在授乳中の方、小児の方については必ずその旨を申し出て、医師とご相談ください。
- ・検査で使用する薬剤にはアルコール成分が含まれるため、アルコール過敏の方はお申し出ください。アルコール成分量は微量なため道路交通法における飲酒運転の値を超えることはありません。
- ・検査で使用する薬剤の副作用により、ごく稀 (0.2%) にアナフィラキシーショックを起こすことが報告されています。投与時は十分に観察を行い、副作用が発生した際は迅速に処置を講じます。
- ・予約変更、キャンセルの場合は、検査日前日の16時までに地域医療連携室 (公立八鹿病院 079-662-5555) にご連絡ください。
(※前日が休日の場合は、検査前最終開院日16時まで)
これ以降は、薬剤料をお支払いいただく場合があります (自費負担のため約20万円)。

私は、上記内容に同意いたしました。

署名年月日: 令和 年 月 日
患者様署名
代理人署名 (続柄)

(連絡先) ※検査前日の15時から17時の間に注意事項確認のお電話をいたします。

電話番号(-) 氏名() 続柄()