

アミロイドPET 問診票

記入日： 年 月 日

お手数ですが、氏名・生年月日・性別をご記入ください。

フリガナ		年 齡
氏 名		歳
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日	性 別 男・女

※この問診票に記載された内容は、個人情報保護法の趣旨に則り、当該診療のみで利用し、適正に管理いたします。

あてはまる回答を選んでチェックしてください。

【1】薬・食品・化粧品のアレルギー反応（過敏反応）がありますか？ いいえ はい []“はい”の方は、原因物質がわかればご記入ください。

[]

【2】閉所恐怖症はありますか？ いいえ はい

“はい”の方は、具体的にどのような症状があるかご記入ください。

[]

【3】現在、気になる自覚症状はありますか？ いいえ はい []【4】病歴(歯科も含む)をご記入ください。(時期、病名、治療や手術内容をわかる範囲でご記入ください) いいえ はい []【5】手術等により体内に金属類が入っていますか？(ペースメーカー、人工関節、金属釘、人工弁、動脈瘤クリップ、インプラント〔歯科用も含む〕、入れ歯、カツラ等) いいえ はい []

ご協力ありがとうございました。

東京ベイ先端医療・幕張クリニック