③ PET-CT検査　問診票

患者氏名：　　様　　体重：　　kg

1.検査時、介助が必要ですか？（安静時、トイレ、寝台への移動など）

□ いいえ

□ はい　　※「はい」の場合、検査当日は検査に付き添っていただける方と共にお越しください。

2.検査前日に確認の電話を希望されますか？

□ いいえ

□ はい　　※ 「はい」にチェックされた方のみ

PET-CT検査室の看護師から確認の電話を致します。
検査前日(15時～17時頃)、前日が土・日・祝日の場合はその前の平日にかけさせていただきます。
下に確実につながる電話番号をお書きください。

TEL：　　続柄：

3.その他、検査について疑問、不安な点などがあればお書きください。