

FAX 019-656-2934

PET-CTがん検診 予約申込書

受診されるご本人様についてご記入ください

【 申込日 平成 年 月 日 】

ふりがな			男	孝仁病院	*お持ちの方のみ			
お名前			女	診察券番号				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	孝仁病院PETセンターでの受診回数 初回・()回目			
ご住所	〒 -							
<p>予約申込書をFAXにて受信後、予約の空き状況を確認し当センターより電話にてご連絡をさし上げております。その為、日中つながり易い電話番号に <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します。</p>								
電話番号	自宅	(-	-)	<input type="checkbox"/>	} ※何れかに <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します。	
	携帯	(-	-)	<input type="checkbox"/>		
	勤務先	(-	-)	<input type="checkbox"/>		
勤務先	勤務先名							
	ご住所 〒 -							

申し込み時の確認事項(有無に をお願い致します)

身長・体重	cm	kg	体内金属	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
糖尿病	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	閉所恐怖症	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
癌の既往歴	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	手術歴	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>

ご希望のコース名及び希望日をご記入ください

検査コース	()コース ※コースの詳細は裏面をご確認ください				
オプション <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します。	子宮頸がん検診(子宮頸部細胞診検査) Dコースの女性のみ ⇒ 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>				
	乳がん検診(金曜のみ) ⇒ マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>				
検査希望日	第1希望	月	日	希望曜日 (○を付けて下さい)	月・火・水・金・土
	第2希望	月	日		
	第3希望	月	日	休診日	木曜・日曜・祝日

ご紹介者名
備考

社団医療法人 啓愛会 **孝仁病院PET画像診断センター**

フリーダイヤル:0120-489-362 TEL:019-656-2933

受付時間 9:00~17:00 (休診日 木曜・日曜・祝日)