

FAX 019-656-2934

# アミロイドPET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 年 月 日】

ふりがな		男・女	孝仁病院 診察券番号					
お名前			孝仁病院PETセンターでの受診回数 初回・( )回目					
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)							
ご住所	(〒 - )							
予約申込書を受信後、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差し上げております。 その為、日中つながり易い電話番号に☑をお願いします								
電話番号	自宅 ( - - )	<input type="checkbox"/>	※何れかに☑を お願いします					
	携帯 ( - - )	<input type="checkbox"/>						
	勤務先 ( - - )	<input type="checkbox"/>						
勤務先	勤務先名							
	〒 - 〇〇 〇〇 〇〇 ご住所							

※確認事項 (有無に☑をお願いします)

身長・体重	cm	kg	小児妊婦との同居	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
体内金属	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ( )			
閉所恐怖症	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ( )			
手術歴	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ( )			

※希望日をご記入ください

検査希望日	第一希望	月	日 (木)	受診日 ※木曜日のみ
	第二希望	月	日 (木)	
	第三希望	月	日 (木)	

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 (お問合せ 月曜～金曜)