

記入後、総合予約室へFAXして下さい。

<b>PET-CT 検診申込書</b>	受付 番号
<b>総合予約室 TEL : (0985) 85-1225 FAX : (0985) 85-9186</b>	

令和 年 月 日

宮崎大学医学部附属病院  
総合予約室 宛

検 診 者 氏 名 等	フリガナ	性 別
	氏名	男 ・ 女
	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳
	住所	〒 — 電話番号 ( ) — 携帯電話 ( ) —
	今までに宮崎大学医学部附属病院を受診したことが： <input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません	
受診したことがある方は、ID 番号を記載してください。(ID： )		
受 検 者 情 報	身長 ( ) cm 体重 ( ) kg	
	糖尿病： 有 ・ 無 (インスリン治療： 有 ・ 無 )	
	妊娠の可能性： 有 ・ 無 (有の場合、PET-CT 検診は受けられません)	
	来院方法： 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	
	オムツ等： 有 ・ 無 (有の場合、PET-CT 検診は受けられません)	
ペースメーカー： 有 ・ 無 (有の場合、詳細をお知らせください)		
点滴： 有 ・ 無		
画像診断フィルム ( 有 ・ 無 )		

備考

1. 予約日の変更希望の場合は、検診3日前の昼(12:00)までに、総合予約室へ必ずご連絡ください。
2. 予約の取り消しは、検診前日の昼(12:00)までに、総合予約室へ必ずご連絡ください。それ以降のキャンセルは、患者さんに放射性医薬品購入費(約5万円)を請求させていただきます場合があります。
3. このPET-CT 検診申込書に記載されている個人情報は、PET-CT 検診目的以外には利用いたしません。