

記入後、総合予約室へFAXして下さい。

| | | | |
|---------------------|--|--------------------|--------------------|
| PET-CT 検診申込書 | | 受付番号 | |
| 総合予約室 | | TEL (0985) 85-1225 | FAX (0985) 85-9186 |

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 | 生年月日 | 大 昭 平 令 年 月 日 () 歳 |
| | 氏 名 | 様 男・女 | |
| | 住 所 | 電話番号 | () |
| | 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) | | |
| 認知症スクリーニング検査を : <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません ※検診料に 10,480 円 追加になります。 | | | |
| 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く場合があります。
 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。