

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		性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	氏名		生 年	大 昭 平 令	年 月 日	
	住所	〒				
	連絡先	電話：	—	—		
		携帯：	—	—		
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						
ある方は、わかれば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下さい。
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。