

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

平成 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	明 大 昭 平 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 10,290 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。