

FAX:019-656-2934

PET-CTがん検診 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 平成 年 月 日 】

ふりがな		男	孝仁病院 診察券番号					
お名前		女	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FAXにて受信後、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さし上げております。その為、日中つながりやすい電話番号に☑をお願い致します。								
電話番号	自宅	(-	-)		<input type="checkbox"/>	いずれかに☑をお願い致します。
	携帯	(-	-)		<input type="checkbox"/>	
	勤務先	(-	-)		<input type="checkbox"/>	
勤務先	勤務先名							
	ご住所 〒 -							

申込時の確認事項(有無に☑をお願い致します)

身長・体重	cm	kg	体内金属	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
糖尿病	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	閉所恐怖症	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
癌の既往歴	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	手術歴	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>

検査コース・検査希望日をご記入ください

検査コース	()コース ※コースの詳細は裏面をご確認ください				
	Dコースの女性のみ☑をお願いいたします。 ⇒ 子宮頸部細胞診検査 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>				
検査希望日 ※木・日・祝 休診日	第1希望	月	日	希望曜日	月 火 水 金 土 ※木・日・祝 休診日
	第2希望	月	日		
	第3希望	月	日		

ご紹介者名	一般社団法人 岩手県法人会連合会
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
(休診日:木曜・日曜・祝日)