

《 PET検査受診申込み用紙(検診) 》

※ 必要事項をご記入いただき、下記 FAX 番号まで送信をお願いいたします。また、ご不明な点等ございましたら、お問合せください。

ふりがな 氏名		性 別	男 女		性 別	男 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日			M・T・S・H 年 月 日		
身長・体重	身長 cm 体重 kg			身長 cm 体重 kg		
郵便番号	〒					
電話番号	自宅			FAX		
	他連絡先 (携帯)					
勤務先等	会社名					
	電話番号			FAX		
検査コース	<p>※ ご希望されるコースに○をお付けください。</p> <p>※ 検査コースの1は午前、2は午後からとなります。</p> <p>(一般 ・ ご夫婦 ・ 団体 ・ 家族)</p> <p>1. PET/CT ドックコース (全身 PET/CT、甲状腺・腹部エコー、腫瘍マーカー、尿・便潜血)</p> <p>2. PET/CT コース (全身 PET/CT のみ)</p>					
検査希望日	第1希望	年	月	日()	午前	_____時頃
	第2希望	年	月	日()	午前	_____時頃
	第3希望	年	月	日()	午前	_____時頃
特記事項	糖尿病 (有 ・ 無)					

医療法人慈風会 厚地記念クリニック PET 画像診断センター
〒892-0841 鹿児島市照国町 12-1
電話：099-226-8871 FAX：099-226-8872
e-mail：atsuchi-pet@po4.synapse.ne.jp