

## PETがん検診 申込用紙

脳神経筋センターよしみず病院 宛

年 月 日

地域医療連携室 FAX : 083-231-3882

ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日 ( 歳 )
住所	〒
電話番号	自宅 ( ) 携帯 ( ) 緊急連絡先 ( 名前 : , TEL: )
確認事項	身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 糖尿病 有 ・ 無 感染症 有 (種類 ) ・ 無 閉所恐怖症 有 ・ 無 移動 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー 医療処置 有 ( ) ・ 無  (女性のみ) 妊娠の可能性 有 ・ 無 授乳 有 ・ 無 PET検査歴 有 ・ 無 アレルギー 有 ( ) ・ 無 その他 ( )
検査希望日	※検査は午前中に行います。検査の6時間前から絶食です。 第1希望日 ( ) 第2希望日 ( ) 第3希望日 ( )
キャンセル料 発生について	※突然のキャンセルの場合、薬剤費用を負担していただくことに同意しますか? <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない