**PET/CTがん検診申込書**

※お申し込みは「高機能診断センター」FAX 0267-88-7219まで

※電話（0267-88-7956）でもお申込みいただけます

ふりがな 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　　　　　　　**ＩＤ**

氏名 　 　（ 男 ・ 女 ）

Ｍ･ＴＳ・Ｈ

　　　　　　　 　年　 　月 　 　日生(　 　 　 歳)

住所

TEL　　　　　　( 　　) 携帯　　　　　　　( 　　)

□JA長野組合員　　　□組合員でない　　　　□人間ドック後

|  |  |
| --- | --- |
| ご希望の日時 | 　　　　　月　　　　日（　　　）　□午後1:00　　□午後1:30　　　　　月　　　　日（　　　）　□午後1:00　　□午後1:30 |
| 検査日の決定 | 　　　　　月　　　　日（　　　）　□午後1:00　　□午後1:30 |
|  |
| **検査に必要な確認事項**●糖尿病（ なし・あり ） →「あり」の場合（インスリン　　　　単位、内服薬）●閉所恐怖症（ なし・あり ）　●腎機能障害（ なし・あり ）●がんに罹ったこと（ なし・あり ） →「あり」の場合（　　　　　　　　　　がん）●　**身長　　　　　　　　㎝　　　体重　　　　　　　　㎏** |

* 佐久医療センターのＰＥＴ/ＣＴがん検診のチラシをご覧になった事はありますか？

**あり**→どこでご覧になりましたか？ ・**本院** ・**センター** ・**新聞折込** 　**・JA配布物**・その他（　　　　　　　）**ない**

**メモ**

**高機能診断センター**

**TEL：0267-88-7956　）FAX 0267-88-7219**

JA長野厚生連佐久総合病院**佐久医療センター**

TEL 0267-62-8181(代表)