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

佐久総合病院の患者番号（診察券等の番号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |

氏名 　 　（ 男 ・ 女 ）

　　　　　　　 　年　 　月 　 　日生(　 　 　 歳)

Ｍ･Ｔ

Ｓ・Ｈ

住所

TEL　　　　　　( 　　) 携帯　　　　　　　( 　　)

□JA長野組合員　　□組合員でない

**PET/CT検診は、午後1:00と1:30に行っています。**

|  |  |
| --- | --- |
| ご希望の日時 | 【ご希望の日をご記入の上、□にチェックをお願いいたします】  　　　　　月　　　　日　□午後1:00　　□午後1:30  【その他の日時をご希望の場合】  　　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　時　　　　　　分 |
| 検査日の決定 | **ご希望の日時について、折り返し電話をさせていただきます。** |
|  | |
| **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）  ◎必須（検査薬の準備のため必ず記載してください）  　　●身長(　　　　　　　　　)㎝　　体重(　　　　　　　　　)㎏ | |

**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](TEL:0267-62-8181)(代表)