**PET/CTがん検診申込書**

『高機能診断センター』へ電話もしくはFAXにてお申し込みください！

TEL 0267(88)7956　　 FAX 0267(88)7219

ふりがな 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　　　　　　　　患者番号

氏名 　 　　 様 　（ 男 ・ 女 ）

昭和

平成

　　　　　　　 　年　 　月 　 　日生(　 　 　 歳)

〒

 住所

TEL　　　　　　( 　　) 携帯　　　　　　　( 　　)

|  |  |
| --- | --- |
| ご希望の日時 | 第１希望　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　時以降来院可能第２希望　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　時以降来院可能※ご来院からご帰宅までの所要時間は概ね３時間です。※検査当日は検査6時間前より絶食の指示がございます。※来院時間は8時～13時までの範囲で希望可能です。 |
| 検査日の決定 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　時＿＿＿＿分～ |
| 組合員確認 | □ＪＡ長野組合員である　　　　□組合員ではない |
| 当院のPET/CTがん検診をご希望されたきっかけはございますか？チラシを見た　　　テレビCMを見た　　　新聞折込を見た　　　JAの配布物を見た家族や友人の勧めで　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| **検査に必要な確認事項**●糖尿病（ なし・あり ） →「あり」の場合（注射薬あり　・　内服薬あり）**当日内服制限あり**●閉所恐怖症（ なし ・ あり ）　→　「あり」の場合、検査施行不能になるおそれあり●がんに治療中ですか？（ なし ・ あり ） →「あり」の場合、要相談 |

**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)