**人間ドック参加者の方へ**

**PET/CTがん検診申込書**

ふりがな 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者番号

氏名 　 　　 様 　（ 男 ・ 女 ）

　　　昭和・平成　　　 　年　 　月 　 　日生(　 　 　 歳)

〒

 住所

日中連絡可能な電話番号　　　　　　　(　 　　)

|  |  |
| --- | --- |
| 人間ドック受診日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 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 | **日時について、「佐久医療センター 高機能診断センター」より****お電話もしくは郵便にて御連絡を申し上げます** |
| 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**●身長（　　　　　　　　　cm）　　体重（　　　　　　　　kg）●糖尿病（ なし・あり ） →「あり」の場合（注射薬あり　・　内服薬あり）●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） |
|  |

**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)