

FAX 019-656-2934

# PET-CTがん検診 予約申込書

受診されるご本人様についてご記入ください

【 申込日 令和 年 月 日 】

ふりがな		男 ・ 女	孝仁病院 診察券番号	*お持ちの方のみ			
お名前			孝仁病院PETセンターでの受診回数	初回	・	( )	回目
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )						
ご住所	〒 -						
予約申込書をFAXにて受信後、予約の空き状況を確認し当センターより電話にてご連絡をさし上げております。その為、日中つながり易い電話番号に <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します。							
電話番号	自宅 ( - - )	<input type="checkbox"/>	} ※何れかに <input checked="" type="checkbox"/> を お願い致します。				
	携帯 ( - - )	<input type="checkbox"/>					
	勤務先 ( - - )	<input type="checkbox"/>					
勤務先	勤務先名						
	ご住所 〒 -						

申し込み時の確認事項(有無に  をお願い致します)

身長・体重	cm kg	体内金属	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
糖尿病	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	閉所恐怖症	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
癌の既往歴	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	手術歴	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>

ご希望のコース名及び希望日をご記入ください

検査コース	( )コース ※コースの詳細は裏面をご確認ください					
オプション <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します。	子宮頸がん検診(子宮頸部細胞診検査) □コースの女性のみ ⇒ 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>					
	乳がん検診(金曜のみ) ⇒ マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>					
検査希望日	第1希望	月	日	希望曜日 (○を付けて下さい)	月・火・水・金・土	
	第2希望	月	日		休診日	木曜・日曜・祝日
	第3希望	月	日			

ご紹介者名	八戸西健診プラザ
備考	

社団医療法人 啓愛会 孝仁病院PET画像診断センター

フリーダイヤル:0120-489-362 TEL:019-656-2933

受付時間 9:00~17:00 (休診日 木曜・日曜・祝日)