**PET/CTがん検診申込書（団体様専用）**

『高機能診断センター』へFAXにてお申し込みください！　FAX 0267(88)7219

※検査に際し、運動制限や食事制限がございます。

申込後ご案内を郵送いたしますので、必ず御確認ください。

※検査キャンセルの受付は検査前日の16時迄です。

お申し込み団体様名

〒

御住所

TEL　　　　( 　　) 　FAX　　　　　( 　　)　 　　 御担当者様氏名：　　　 様

※御来院は検査時間の１時間前です。　　※ご来院からご帰宅までの所要時間は概ね３時間です。

※「団体負担」を選択された場合、個人での窓口支払はなくお申し込み団体様へ御請求書および領収書を送付いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名・ふりがな | 生年月日・性別 | 検査第１希望日 | 検査第2希望日 | 身長・体重 | 基礎疾患確認 | 支払 | 当院記入欄 |
| 様 |  年 　月 　　日生（ 男 ・ 女 ） | 月　　日 | 月　　日 | cmkg | 糖尿病　あり・なし閉所恐怖症　あり・なし | 本人支払・団体負担 |  |
| 様 |  年 　月 　　日生（ 男 ・ 女 ） | 月　　日 | 月　　日 | cmkg | 糖尿病　あり・なし閉所恐怖症　あり・なし | 本人支払・団体負担 |  |
| 様 |  年 　月 　　日生（ 男 ・ 女 ） | 月　　日 | 月　　日 | cmkg | 糖尿病　あり・なし閉所恐怖症　あり・なし | 本人支払・団体負担 |  |
| 様 |  年 　月 　　日生（ 男 ・ 女 ） | 月　　日 | 月　　日 | cmkg | 糖尿病　あり・なし閉所恐怖症　あり・なし | 本人支払・団体負担 |  |
| 様 |  年 　月 　　日生（ 男 ・ 女 ） | 月　　日 | 月　　日 | cmkg | 糖尿病　あり・なし閉所恐怖症　あり・なし | 本人支払・団体負担 |  |

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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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)

**高機能診断センター**

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