

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 _____

ID _____

氏名 _____（男・女）

M・T _____ 年 月 日生(____ 歳)
S・H

住所 □□□□ - □□□□

TEL _____（ ） 携帯 _____（ ）

JA 長野組合員 組合員でない 人間ドック後

ご希望の日時	____月____日（ ） <input type="checkbox"/> 午後 1:00 <input type="checkbox"/> 午後 1:30
	____月____日（ ） <input type="checkbox"/> 午後 1:00 <input type="checkbox"/> 午後 1:30
検査日の決定	____月____日（ ） <input type="checkbox"/> 午後 1:00 <input type="checkbox"/> 午後 1:30

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）
- 身長 _____ cm 体重 _____ kg

・ 佐久医療センターのPET/CTがん検診のチラシをご覧になった事がありますか？

あり → どこでご覧になりましたか？ ・本院 ・センター ・新聞折込 ・JA 配布物 ・その他（ _____ ）

ない

メモ

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

平成 29 年 10 月 1 日改定