

送信方向

FAXで送る際には
印刷面の間違いに
ご注意ください。

FAX

0942-38-3341

◆ 三大疾病コース:PET検査予約票 ◆

お申込み 年 月 日

※フリガナ	
※名前	様 (男・女)
※生年月日	T・S・H 年 月 日 ()歳
※住所	〒 -
※自宅電話番号	- -
※携帯電話番号	- -
緊急連絡先	() - 続柄()
検査希望日	第一希望日: 年 月 日 ()
	第二希望日: 年 月 日 ()
※身長・体重	身長: cm 体重: kg
紹介者名(PET健診歴あり) または 加入団体名	
※現在服薬している薬 (必須記入事項)	*薬名を全てお書きください。
※病歴 (必須記入事項)	*糖尿病(あり・なし)→服薬(あり・なし) / インシュリン(あり・なし)
	*高血圧の治療をしている(はい・いいえ)⇒服薬をしている(はい・いいえ)
	*体内金属【手術などで体内に金属が入っている方】⇒(はい・いいえ) ※「はい」の方は素材をご記入下さい()
	*ステントを入れている(はい・いいえ)
	*歯科インプラント【歯の根元が金属の土台になっている方】⇒(はい・いいえ) ※「はい」の方は素材をご記入下さい()
	*緑内障(あり・なし)
	*閉所恐怖症がある(はい・いいえ)
	*コンタクトレンズを使用している(はい・いいえ)
追加オプション	<input type="checkbox"/> LOX-index検査(¥14,850) <input type="checkbox"/> 大腸カメラ検査(¥22,000)
備考	

* 注意事項 *

- ◎※印の箇所は必ずご記入ください。
- ◎予約票はFaxでお願いします。(24時間受付)
- ◎価格はすべて税込表示となっております。
- ◎緊急連絡先はご自宅以外でお願いします。
- ◎ご不明な点はお気軽にお尋ねください。