

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

◆ 基本健診コース:PET検査予約票 ◆

お申込み 年 月 日

※フリガナ			
※名前	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()		
	*閉所恐怖症がある(はい・いいえ)		
追加オプション	☐ 腫瘍マーカーセット(¥8,000) ☐ LOX-index検査(¥13,500) ☐ 頭部MRI/MRA検査(¥27,000) ☐ 胃カメラ検査(下記をチェック下さい) ☐ 大腸カメラ検査(¥20,000)		
胃カメラ検査の オプション追加ある方 のみ、ご記入下さい。	経口【口から】(¥13,500) ・ 経鼻【鼻から】(¥15,000) ※(経口)内視鏡時に麻酔を使用した場合は、終日 お車の運転が出来ません。		
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)
- ◎価格は税別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。