

済生会西条病院

検診センター 宛て

Fax 0897-55-5241

## PET-CTがん検診 申込書

記入日 年 月 日

フリガナ				( 男 ・ 女 )	
氏名					
済生会西条病院の診察券をお持ちの方は 診察券番号の記入をお願いします			*この欄は記入しないでください		
生年月日	( 昭和 ・ 平成 )			身長	
	年	月	日 ( 歳 )	体重	
自宅 住所	〒 -				
電話	病院から連絡を差し上げて もよい順に番号を 記入してください。	( ) 自宅	-	-	
		( ) 携帯	-	-	
		( ) 会社	-	-	
申込状況	<input type="checkbox"/> 個人申込 <input type="checkbox"/> 家族申込 <input type="checkbox"/> ネット申込 <input type="checkbox"/> 団体申込 ( )				
支払方法	<input type="checkbox"/> 本人支払	<input type="checkbox"/> 会社請求希望    会社名 _____			
		〒 ( - )			
希望日	第1希望	平成	年	月	日 ( ) 曜日
	第2希望	平成	年	月	日 ( ) 曜日
	第3希望	平成	年	月	日 ( ) 曜日
	<input type="checkbox"/> いつでもよい				
女性の方へ	☆ 妊娠中ですか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ    ☆ 授乳中ですか <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ				
糖尿病の履歴	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり→ 血糖値 (                      mg/dl ) ありの方→現在糖尿病のお薬を飲んでいたりインスリン注射をしていますが? <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい				
PET-CT検査受診歴		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり→ 日時 (平成    年    月)			
連絡事項					
希望オプション	<input type="checkbox"/> 胃カメラ+腹部エコー <input type="checkbox"/> 胃カメラ+腹部エコー+子宮がん			オプションはPETとは別日に実施となります。	
お申しいただいたきっかけを 教えてください		<input type="checkbox"/> 当院のパンフレット <input type="checkbox"/> 紹介 (だれから :                      ) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
決定日 <small>病院で記入します</small>	平成    年    月    日 ( ) 曜日				

社会福祉法人恩賜財団 済生会西条病院 検診センター

直通 TEL 0897-55-5121(平日9:00-16:30) FAX0897-55-5241