

済生会西条病院

検診センター 宛て

FAX 0897-55-5241

## プレミアムコース(2日通院)申込書

記入日 令和 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PET		*この欄は記入しないでくださいMR				
生年月日	( 昭和 ・ 平成 )			身長				
	年	月	日 ( 歳 )	cm				
自宅 住所	〒 (    -    )			体重				
				kg				
電話	病院から連絡を差し上げててもよい順に番号を記入してください。	(    ) 自宅	-	-				
		(    ) 携帯	-	-				
		(    ) 会社	-	-				
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 土曜日・祝祭日・日曜日は記入しないで下さい。	第1希望	令和	年	月	日 (    ) 曜日 ~	月	日 (    ) 曜日	
	第2希望	令和	年	月	日 (    ) 曜日 ~	月	日 (    ) 曜日	
	第3希望	令和	年	月	日 (    ) 曜日 ~	月	日 (    ) 曜日	
	<input type="checkbox"/> いつでもよい		↑ 連続した2日をご記入下さい。					
胃検査の種類	どちらか選択して下さい → <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(経口) ・ <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(経鼻)							
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のんでいたりインスリン注射をしていますか? <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"/> 当院であり (    年 月 ) ・ <input type="checkbox"/> 他の医療機関であり							
連絡事項								
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 病院で記入します	令和	年	月	日 (    ) 曜日 ~	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