

濟生会西条病院

検診センター 宛て

FAX 0897-55-5241

PET-CTがん検診 申込書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ				(男 ・ 女)	
氏名					
濟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	cm
	年	月	日 (歳)	体重	kg
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"/> リポート申込 <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	令和	年	月	日 () 曜日
	第2希望	令和	年	月	日 () 曜日
	第3希望	令和	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"/> あり → 日時 (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。
お申し込ん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>		令和 年 月 日 () 曜日			

社会福祉法人 濟生会西条病院 検診センター

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