

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 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 ) 年 月 日 ( 歳 )			身長 cm
				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 → 時期 (   年   月 )		
連絡事項				
ワシオン希望 (別日)	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (   )			
お申し添えください		<input checked="" type="checkbox"/> 当院のパンフレット <input type="checkbox"/> 紹介 (だれから :   ) <input checked="" type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 継続受診 <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