

# PET-CT検査申込書

カルテ あり ・ なし

( ID )

申込日 年 月 日 ( )

お名前	フリガナ		性別	
	様		男 ・ 女	
生年月日	T ・ S ・ H		年 月 日	( 歳)
自宅 ご住所	〒 —			
	TEL			
	FAX			
	携帯番号			
勤務先	(上記と同じ場合は記入不要)			
	会社名	役職名		
		所属団体名		
	〒 —			
	TEL			
郵送先	自宅 ・ 会社		連絡先	自宅 ・ 会社 ・ 携帯
	PETのみ ・ スタンダード ・ ビップ ・ 総合 ・ プレミアム ・ アンチエイジング			
ご希望 コース	* オプション追加 ( )			
	* キャンセル項目 ( )			
受診 希望日	第1希望		年 月 日	( )
	第2希望		年 月 日	( )
	(※月曜 ・ 土曜 ・ 日曜 ・ 祝日はお休みです)			
お支払 方法	現金払い ・ 分割払い (金利手数料不要) ・ カード払い			
	その他 ⇒ ( )			
インフルエンザ 予防接種	どちらか に ○	( )最近予防接種をした →いつ頃( )		
	( )していない			
※注意 検査結果に支障があるため、検査前1週間は接種を控えた方がよい。				

※裏面へ

病 歴	・ 糖尿病	( あり ・ なし )				
	・ 普段の血圧はどのくらいですか	( / )				
	・ 高血圧の薬を飲んでいますか	( はい ・ いいえ )				
	・ サプリメント、下剤、など他の薬を飲んでいる	( はい ・ いいえ )				
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>&lt;</span> <span>サプリメント ・ 下剤 ・ 血液サラサラ ・ 胃薬 その他 (</span> <span>&gt;</span> </div>				
	・ 手術経験	( あり ・ なし )				
		※ありの方 → ( )				
	・ 体内金属	( あり ・ なし )				
	※ありの方 → ( )					
・ 歯科インプラント	( あり ・ なし )					
・ 月 経 <small>(女性のみに)</small>	( あり ・ なし )					
・ 最近、バリウム検査をした	( はい ・ いいえ )					
	はいの方→1か月は間隔をあけてください					
胃カメラ ありの方	どちらかに	経口(口から)希望				
	○	経鼻(鼻から)希望				
	前回の胃カメラ実施 (他医療機関も含む)	( あり ・ なし )				
		※ありの方 → ( 年 月 )				
	過去にピロリ菌の検査 をしたことがある	( あり ・ なし )				
	※陽性で除菌された方 → ( 年 月 )					
気になる部位に○ をつけてください	部 位	頭(右・左)	手(右・左)	足(右・左)	その他( )	
自覚症状	いつから どのように					
PET受診の きっかけ	ご紹介 ( ) 様より 新聞 ・ テレビ ・ インターネット ・ 口コミ ・ その他 ( )					
最終検診日	( 年 月 ) 内容( )					
PET受診歴	初回 ・ ( ) 回目 ※前回受診した医療機関名( )					
備 考	閉所恐怖症 あり ・ なし 骨密度検査 あり ・ なし					
受 診 決定日	年 月 日 ( )	年 月 日 ( )	コース			
受付時間	:	:	料 金			
終了時間	:	:	割 引			
				円		

医療法人福翔会 福岡病院 PETーCT検診センター

〒849-0934

はやくみつけてはやくまる

佐賀市開成6丁目14-16

お問い合わせ フリーダイヤル

0120-893-890

ファックス

0952-33-3720

※ FAXの方は、両面FAXをお願い致します。ご不明な点は、お気軽にご相談下さいませ。