

PET-CT検査申込書

医事ID:

氏名	フリガナ		性別	男・女
生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)			
ご自宅の住所	〒			<input type="checkbox"/>
	電話			
ご勤務先	〒			<input type="checkbox"/>
	名称 役職	電話		
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話()			
受診日	平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()			
受診コース				
胃部検査	透視 ・ 内視鏡 (経口 ・ 経鼻)			
オプション検査				
昼食の選択 (日帰りドックの方)	和食・洋食・ヘルシー和食・ヘルシー洋食		食事のアレルギー	無・有 ()
問診事項 ※必ず ご記入ください	心臓ペースメーカー の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	糖尿病の有無	<input type="checkbox"/> 有 (治療方法: 放置・食事療法・運動療法・薬の内服・インスリン投与) <input type="checkbox"/> 無		
	妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	身長・体重	身長	cm	※薬剤量の関係上 分かる範囲でご記入下さい
	体重	kg		
			予約担当	

受診案内送付希望先の
チェックを入れて下さい。

医療法人社団 高邦会
高木病院 予防医学センター

TEL. 0944-87-9490 【お問合せ時間: 月～土(祝日を除く) 午前9時～午後5時】
FAX. 0944-87-9491