

PET-CT検診申込書

神戸低侵襲がん医療センター 検診センター 宛

FAXの場合 078-304-7782 (番号はおかけ間違いのないようご注意ください。)

郵送の場合 〒650-0046 神戸市中央区港島中町8-5-1

申込用紙をご記入の上、上記番号までFAXをお送りいただくか、郵送にてお送りください。

受診コース	PET-CT検診			
希望日	第1希望日	年	月	日 () 曜日
	第2希望日	年	月	日 () 曜日
	第3希望日	年	月	日 () 曜日

お申込み希望日がすでに満員の場合がございます。あらかじめご了承ください。

フリガナ	性別	生年月日	年齢(満)
氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦 年 月 日	歳
ご住所	〒 -		
第1連絡先電話番号	日中(平日8:30-16:30)連絡可能な番号をご記入下さい		ご本人・ご本人以外()
第2連絡先電話番号			ご本人・ご本人以外()
E-mail			
受診歴	<input type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/> 受診歴有	受診番号

◆糖尿病治療をされていますか。	<input type="checkbox"/> 治療あり	<input type="checkbox"/> 治療なし
※治療ありの場合	<input type="checkbox"/> 内服薬	<input type="checkbox"/> インスリン 薬剤名:
◆体内に金属がありますか。もしくはペースメーカーの植え込みはありますか。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
◆PET-CT検査前(1週間以内)に胃バリウム検査の予定がある	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
◆かつら・ウィッグ・増毛スプレー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
◆閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
◆女性の方のみ:妊娠をしている(可能性がある)または、現在授乳中である。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

●キャンセル料について

キャンセル及び変更については、所定のキャンセル料金が発生致しますので、ご了承ください。

※検診日の前日を起算日として、
右記のとおり申し付けます。
※キャンセル期日とは、当院診療時間内
(月～金/8時30分～16時30分)にキャンセルまたは、
延期の申し出を頂き、確認した時を基準とします。

キャンセル期日	料金
15日前まで	無料
14～8日前	検診料金の20%
7～2日前	検診料金の30%
前日	検診料金の50%
当日	検診料金の75%