

PET検査 ご予約申込書 商工会 専用

申込日 年 月 日

TEL連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 会社	書類発送先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 会社	<input type="checkbox"/> その他
--------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

お名前	フリガナ ----- 印			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご住所	フリガナ 〒□□□-□□□□				
生年月日	(大正) (昭和) (平成) (令和)	年	月	日生	年齢 歳
電話番号	() -	携帯番号	-		
勤務先名 (法人名)	フリガナ -----			所属部署・役職	
勤務先ご住所	フリガナ 〒□□□-□□□□				
勤務先電話番号	() -				

ご予約コース	<input checked="" type="checkbox"/> PETがんドックコース Sコース ¥262,000 Aコース ¥157,000 Cコース ¥78,500				
検診日時	令和 年 月 日 ()		(受付時間 :)		
身長	cm	体重	kg		

必須項目	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 胃疾患 (ピロリ菌の除去 有・無) <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 刺青・タトゥー (MR 可 不可) (MR 可 不可) (MR 可 不可) (MR 可 不可) (MR 可 不可) (MR 可 不可) <input type="checkbox"/> その他 ()				
------	--	--	--	--	--

PET管理番号	書類	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
---------	----	---

当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ID :	<input type="checkbox"/> 無	担当者
-------	---------------------------------	----------------------------	-----

検査項目 各コース	PET・CT検査	MRI検査	内臓脂肪検査	腹部超音波検査	乳腺超音波検査	甲状腺超音波検査	胃内視鏡検査	便潜血反応検査	喀痰細胞検査	甲状腺機能検査	肝機能	肝炎ウイルス感染症	糖代謝	脂質・尿酸	腎・臓機能	血液一般	炎症反応	腫瘍マーカー 女性 AFP, CEA, CA19-9, CA125 男性 AFP, CEA, CA19-9, PSA	尿検査	胃がんリスク検査	BMI	医師面談
Sコース (一泊二日)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Aコース (約5時間)	●	●	▲	●	▲		●		▲	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Cコース (約4時間)	●		▲					▲										●		▲	●	●

※検査は日曜・祝日を除く月曜日から土曜日まで行っています。 ※希望により前日の宿泊可能 (月・水・金) : 無料 (夕食付)
 ※A、Cコースの▲は、オプション検査が追加されますのでお問い合わせ下さい。

会員証明欄

PET健診のお申し込み・お問い合わせ

一般財団法人 脳神経疾患研究所
 附属 南東北医療クリニック PET事業本部
 〒963-8052 福島県郡山市八山田七丁目161 TEL.024-934-5368

みなみ いーな
0120-373-107

このまま送信してください
 福島県郡山FAX番号 024-934-5409