

様

受診日：平成 年 月 日（ ）： ～

PETがん検診を受診される方へ

1. **検査開始時間の15分前**には、ご来院され2F受付までお越し下さい。
2. **ご都合により検査を受けられない場合は、前々日までにご連絡**をお願いします。
(受診前日に、予約等の再確認のお電話をいたします。)
3. 精密機器により薬剤を合成しております。機器の調整上、**時間通りに検査ができないことや延期させて頂く場合**があることをあらかじめご了承下さい。
4. 当院では、受診者に安心して検査を受けていただくために、個人情報の取扱いに関して、万全の体制で取り組んでおります。当院における個人情報の保護方針、利用目的を院内のポスター及び当院ホームページに掲載いたしておりますので、受診の際にご確認下さるようお願いいたします。**特にお申し出がない場合は、同意を得たものとして取扱わせていただきます**。詳細が必要な方、またご不明な点がございましたらお問い合わせ下さい。

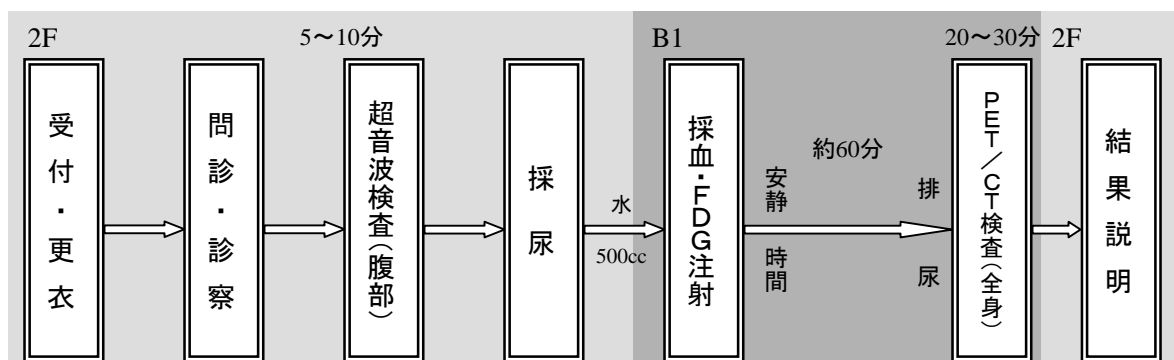
《受診上の注意点》

1. **検査前6時間は絶食**して下さい。白湯、お茶など糖分の入っていないものは飲まれてかまいません。常用薬も服用されてかまいません。(糖尿病の方は、ご相談下さい。)
2. 「問診票」に記入し、「説明書」に目を通し、検査当日に持参して下さい。

当日持ってくるもの

1. 問診票
2. 検便容器 (便は**検査前々日から当日までの3日間のうち2回分**を採取して下さい。)
3. 検診費用 (万円) 一般・御夫婦・団体・リピーター

3. 検査内容 (PET/CTドックコース・3時間程度かかります。)



医療法人慈風会

厚地記念クリニック PET画像診断センター

〒892-0841 鹿児島市照国町12-1 (厚地脳神経外科とは別場所になります。)

電話 (099) 226-8871 FAX (099) 226-8872

予約メール atsuchi-pet@po4.synapse.ne.jp

※ 駐車場は当クリニック1階になります。