

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。

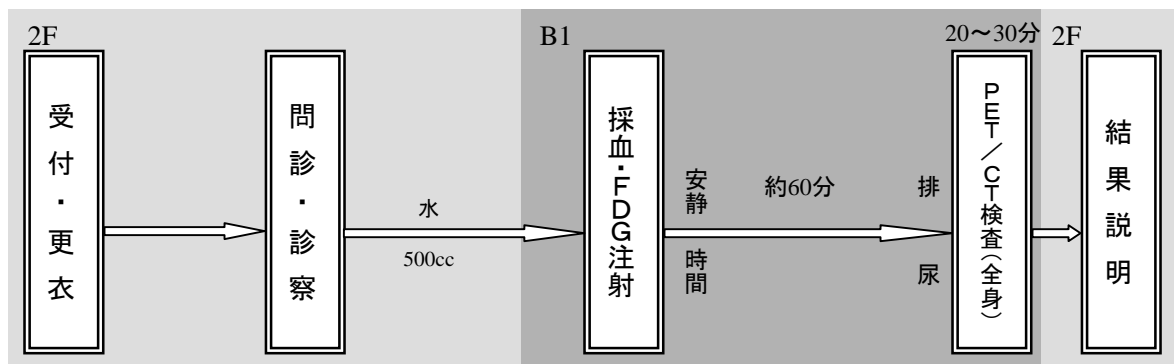
### 《受診上の注意点》

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.  検診費用 ( 12万円 )

3. 検査内容 ( PET/CTコース・2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](mailto:atsuchi-pet@po4.synapse.ne.jp)

※ 駐車場は当クリニック1階になります。