

## PET検査受診申込み用紙(保険・自費診療)

必要事項をご記入いただき、下記 FAX 番号まで送信をお願いいたします。

本用紙は申し込み用紙ですので、紹介状は別途、患者様に持参して頂くか郵送をお願いします。

ふりがな 氏名		性 別	男 女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日
				身長・体重	身長	cm	体重	kg
郵便番号	〒							
住所								
電話番号	自宅			FAX				
	他連絡先(携帯)							
勤務先等	会社名							
	電話番号			FAX				
紹介元 医療機関	医療機関名							
	主治医		科			先生		
検査予約日	平成	年	月	日( )	午前・午後	_____時	_____分	
特記事項								
糖尿病(有・無)								

保険適応疾患一覧 (悪性腫瘍の場合は、病名をお書き下さい)

. 悪性腫瘍	. 心疾患	. 脳疾患
病名:	虚血性心疾患	てんかん

保険適応外の場合の病名	
-------------	--

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  
電話：099-226-8871 FAX：099-226-8872  
e-mail：atsuchi-pet@po4.synapse.ne.jp