

別紙様式 (FAX 送信用)

(FAX 番号: 0 2 4 - 5 4 7 - 1 3 8 3)

公立大学法人福島県立医科大学附属病院 PET 検査室 宛

① 患者様について (以下の 3 つの情報を記入ください。)

氏名 :

年齢 :

性別 :

② 撮影について (希望機器に○印ください。)

希望機器 : PET/CT、PET/MRI

③ 検査日時について

○希望日時がない場合 (午前・午後 (希望があれば○印ください。))

(希望日時がある場合は第 3 希望日時まで記入ください。)

○第 1 希望: 月 日 (午前・午後 (希望があれば○印ください。))

○第 2 希望: 月 日 (午前・午後 (希望があれば○印ください。))

○第 3 希望: 月 日 (午前・午後 (希望があれば○印ください。))

④ 連絡先について

医療機関名 :

担当者氏名 :

電話番号 :