様式１

PET専用 事前検査用申込書 直通TEL及びFAX 024-547-1383

<申込み受付時間>祝日・年末年始を除く月～金8:30から16:30まで

※検査を希望される日をお書きいただき、当PET室へできるだけ早くご送信ください。

※時間外申込みにつきましては、翌受付日となりますのでご了承ください。

※検査枠確定後、できるだけ早急に別紙「PET検査依頼書」をお送りください。

※**患者さんからの直接の申込みはお受けしておりません。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予約情報 | 検査希望日 | 第1希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日(　　曜日)　午前　・　午後 |
| 第2希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日(　　曜日)　午前　・　午後 |
| 第3希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日(　　曜日)　午前　・　午後 |
| 検査種別 | PET/CT　　　・　　　PET-MRI | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受検者情報 | 医大受診歴 | 有　・　無 | 医大患者ID | | |
| フリガナ |  | |  | 性別 |
| 氏名 | (旧姓　　　　　　　　　) | |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令・西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日生　　　　　　歳 | | | |
| 住所 | 〒　　　　　- | | | |
| 電話番号 | 携帯 | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼元医療機関情報 | 名称および住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| 診療科名 | 科 |
| 医師名  ※フルネーム | 先生 |

この事前検査申込書に記載された患者さんの個人情報は、福島県立医科大学附属病院およびPET検査室における患者登録及び検査予約の業務で使用します。個人情報の使用について患者さんから御同意いただいた上でお申し込みください。