

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 患者さんについて(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○をつけてください。)

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○をつけてください。)

○希望日時がある場合 (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○をつけてください。)

・第2希望: 月 日 午前・午後(希望があれば○をつけてください。)

・第3希望: 月 日 午前・午後(希望があれば○をつけてください。)

④ 連絡先について

医療機関名:

担当者氏名:

電話番号: