

健診

PET/CT 検査

インターネット予約済み 健診用 FAX 送信票

(貴 施 設 名)

(ご 連 絡 先) TEL () - FAX () -

フリガナ		患者様連絡先電話番号
健診者氏名		自宅 () 携帯 ()
健診者住所		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (男 ・ 女)	
検査日時	年 月 日 時 分	

1. 必要事項と検査希望日を記入のうえ、本票と貴施設管理台帳の写し(できましたら保険情報、被健診者住所等記載)を当センターまで Fax してください。
2. PET/CT 健診の説明を行ったのち、同意書に健診者の署名・捺印をし、患者様にお渡しください。
3. 検査当日の本人確認は「同意書」を持って行いますので、必ず同意書を持参するようにご説明ください。
4. 後日、検査日時を記した「**検査予約確定書**」を送信いたします。貴施設にて保存してください。