虎の門病院付属画像診断センター　PET/CT検査申込書　（WEB自費診療A コース）

＊予約をお取りしましたのでご確認ください。また下記ご記入いただきまして、FAXまたは郵送にてご返送ください。

＊当センターからの連絡は　自宅電話　・　携帯電話　を優先。（ご希望の方に〇をしてください。）

フリガナ		（性　別）	男　・　女
氏名			
生年月日	明治　・　大正　・　昭和　　年　　月　　日　　才		
自宅住所	〒　　－	TEL 携帯	[　　]

予約確定日時　　年　　月　　日（　　）　　時　　分　来院

＊電話で確定した日時をご記入ください。

検査目的	①健診目的 ②現在治療中（または過去）の病気との関連を知りたい ③がんと診断されたため ④その他	②③④の場合、できれば具体的にお書きください。

特に気になることがあれば、ご記入ください。

身長　　cm　　体重　　kg

下記について、**わかる範囲で**ご記入ください。

心臓ペースメーカー/植込み型除細動器使用　無　・　有　　＊有の方は検査できません。

閉所恐怖症　無　・　有

妊娠の可能性　無　・　有　　**授乳の有無**　無　・　有

糖尿病　無　・　有　　**空腹時血糖値**（　　mg/dl）　HbA1C（　　%）

現在飲んでいる薬　無　・　有　　種類（　　）

自力歩行　可　・　不可　→　車椅子　・　他（　　）

30分の静止、1時間の安静　可　・　不可　　*静止、安静ができない方は検査できません。

特殊項目　ドレーン・ストマ・導尿・その他（　　）

＊ドレーン、ストマ、導尿中の方は完全自己管理できる方のみです。

★虎の門病院又ドックを受診したことがありますか？ある方は、診察券番号をご記入ください。

ない　　ある　→　診察券番号は　　－　　－　　－　　[例]1-234-567-8

★虎の門病院又ドックを受診したことがあると答えた方で、名字が変わられた方は旧姓をご記入ください。

旧姓　＿＿＿＿＿＿

主治医の先生がいましたら記入ください。

病院名		診療科	
医師氏名		連絡先	

以上の内容は、問診票でお答えいただく内容と一部重複する箇所がありますが、
事前に必要な情報ですので、ご了承ください。

虎の門病院付属画像診断センター　　画像診断センター受付　　FAX 03－6277-7035

＊画像診断センターチェック欄

事務	看護師