

FAX 087-891-2441 (電話予約の後、FAXしてください)

香川大学医学部附属病院 放射線部予約室 宛

PET/CT検査予約申込書

◆患者情報

PET/CT検査日	月	日
氏名	フリガナ	
	様	性別 男・女
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日
自宅電話番号		携帯電話番号

◆すでに大学病院のIDをお持ちの場合、 以下に記入してください。

- もっている

ID番号

- もっているが番号は不明

◆担当医師名

病院	科
電話番号:	

◆心臓ペースメーカー挿入の有無

なし ()

あり —— 除細動機能あり ()

除細動機能なし ()

保険適応となる悪性腫瘍病名

()

検査の目的を以下より選んでください。

病期診断 ()

転移診断 ()

再発診断 ()