

静岡県立総合病院 PET イメージングセンター 宛 (FAX 054 - 248 - 7755)


 検診

PET/CT 検査

検診申込み用 FAX 送信票

貴施設名		
予約番号	—	
ご連絡先	TEL () -	FAX () -

フリガナ		患者様連絡先電話番号
検診者氏名	様	自宅 () 携帯 ()
検診者住所		
生年月日	M・T・S・H・R 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、被検診者住所等記載）を当センターまで Fax してください。
2. PET/CT 検診の説明を行ったのち、同意書に検診者の署名・捺印をしていただいでください。
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. FAX 受信後、検査日時を記した「検査予約確認書」を送信いたします。貴施設にて保存してください。