

**海外の受診者様向け PET検診申込書**

|                           |   |             |                      |                    |
|---------------------------|---|-------------|----------------------|--------------------|
| 法人名/団体名<br>(仲介業者様・お申込者様名) |   |             |                      | 様                  |
| 受診コース                     | 1) グランドコース <input type="checkbox"/> 面談あり <input type="checkbox"/> 面談なし<br>2) がん総合コース <input type="checkbox"/> 面談あり <input type="checkbox"/> 面談なし<br>3) PET-CTコース <input type="checkbox"/> 面談あり <input type="checkbox"/> 面談なし<br>※ すべて CD-ROM 付きのコースです |             |                      |                    |
| オプション                     | <input type="checkbox"/> 検査当日の通訳<br><input type="checkbox"/> 所見(結果報告書)の翻訳   | 料金<br>料金    | 44,000 円<br>49,500 円 | ※手続きの都合上、事前に申込下さい。 |
| 受診希望日時                    | 年 月 日 :   |             |                      | ※日曜日+月曜日は休診日です。    |
| お申込者名                     | 様   | お申込者<br>連絡先 | 固定電話:                | 携帯電話:              |
| 支払方法                      | <input type="checkbox"/> (事前) 銀行振込 (請求書)<br><input type="checkbox"/> (当日) 現金・クレジットカード<br>※振込元口座と請求書宛名は同じにする   | 請求書<br>宛名   | (必ずご記入下さい)           |                    |
| 予約書類<br>送付先/宛名            | 〒<br>※送付先、宛名を必ずご記入下さい   |             |                      |                    |
| 診断結果送付先<br>[上記と異なる場合]     | 〒   |             |                      |                    |

|   |   |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|
| カタカナ発音<br>氏名<br>(受診者名・漢字)   |   | 言語  | <input type="checkbox"/> 中国語<br><input type="checkbox"/> ベトナム語<br><input type="checkbox"/> _____ 語 | 性別   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |
| Alphabet  |   |   |  |  |  |
| 生年月日  | 西暦  | 年   | 月  | 日  | 生まれ(才) パスポートと同様に記入して下さい。                                 |
| 身長<br>体重  |   | cm<br>kg  | がん既往歴  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>がんの部位 ( ) |  |
| 現在糖尿病   | <input type="checkbox"/> あり*1 <input type="checkbox"/> なし |   | 糖尿病服薬  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし              |  |
| *1 糖尿病「あり」の方:<br>空腹時血糖 _____ mg/dl _____ mmol/L<br>※ 空腹時の血糖が 200mg/dl (11.14mmol/L) 以上は、PET 検査ができません。   |   |   |  |  |  |
| 体内金属  | <input type="checkbox"/> あり*2 <input type="checkbox"/> なし |   | 刺青 (tattoo)  | <input type="checkbox"/> あり*2 <input type="checkbox"/> なし            |  |
| インプラント  | <input type="checkbox"/> あり*2 <input type="checkbox"/> なし |   | 年  | 月  | 頃  |
| *2 体内金属「あり」の方:<br>1) 体内金属装着後/刺青後/インプラント留置後 MR 受診 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>2) 体内金属/刺青の部位とその材質 ( )<br>※ MR 検査が不可能な場合、CT への変更、コース変更をお願いすることがあります。<br>※ 検査当日に体内金属が有とのお申し出があった場合、コースの変更や返金はできません。<br>必ず事前にご確認ください。<br>※ 避妊具も体内金属です。避妊具をつけている方は、金属の材質を必ず報告下さい。<br>※ 刺青 (eg. 体、眉毛、アイライン) も塗料に金属が使われていることもあります。 |   |   |  |  |  |
| 1ヶ月以内の  | バリウムを使った検査<br>胃/大腸 内視鏡検査                                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 閉所恐怖症  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし              |  |