

独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター
PET-CT健診 申込書

申込日： _____

1. 受診希望者さまの情報

ふりがな

お名前

生年月日

性別 男 女

住所

連絡先

当院の受診歴 あり なし

2. 今回ご希望のコース（○をつけてください）

PET-CTがんコース

PET-CTがん・脳ドックコース

PET-CTがん・脳ドック・生活習慣病コース

3. オプション（○をつけてください）

オプションは希望しない

血液検査

胸部X線撮影

心電図検査

4. ご希望の受診日

第一希望日

第二希望日

第三希望日

その他

※受診可能な曜日は火曜日のみとなります。

※PET-CTがん・脳ドック・生活習慣病コースは1日目と2日目に分けての

実施となります。ご希望日は1日目と2日目の両方をご記載ください。

2日目は1日目より最低1週間以上、空ける必要があります。

必ずしもご希望通りの日に予約できるとは限りませんので、ご了承ください。

下記のFAXまたはメールアドレスまでお送りください。

担当者より折り返しご連絡させていただきます。

広島西医療センター医事課 健診担当行

FAX：0827-57-0462

Mail：508-iji@mail.hosp.go.jp