

浜松PET診断センター 予約申込書

ご記入の上、FAXもしくは添付封筒にて下記にお申し込みください。

浜松ホトニクス株式会社 健康情報室 FAX (053) 584-0723 〒434-8601浜松市浜北区平口5000

受け取り後、内容確認のため電話で連絡いたします。

* : 記入必須項目

| | | | | | | | | | |
|---------|---------------------------------------|---|---|--------------------------|--|-------------------|-----|----|---------|
| * 記入日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | * 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 () 歳 |
| * フリガナ | | | | | * 性別 | * 体重 | | | |
| * 名前 | | | | | 男・女 | PET検査のために必要な情報です。 | | kg | |
| * 住所 | 〒 こちらにご記入いただく住所に、説明書や結果報告書をお送りします。 | | | | | | | | |
| * 電話番号 | () | - | | <input type="checkbox"/> | 日中、左記の番号でご連絡がつく方は□内にレ点をお願いします。 左記でご連絡がつかない場合は、下記の日中連絡可能先にご記入ください。 | | | | |
| 携帯 | () | - | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| FAX番号 | () | - | | | * 日中連絡可能先 | 勤務先名 | | | |
| メールアドレス | | | | | | 勤務先電話番号 | () | - | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|--|------|---|---|--|------|---|---|
| * 受診コース | PETがん検診 (<input type="checkbox"/> 総合コース <input type="checkbox"/> +抗加齢オプション <input type="checkbox"/> +脳オプション / <input type="checkbox"/> PET-CTコース) <input type="checkbox"/> 肺がんCT検診 <input type="checkbox"/> 簡易脳ドック <input type="checkbox"/> もの忘れ予防支援室 <input type="checkbox"/> PET認知症検診FDG <input type="checkbox"/> 脳機能PET外来 | | | | | | | | | | |
| * 受診料支払方法 | <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 銀行振込 (受診前にお支払い。振込手数料はお客様負担。) | | | | | | | | | | |
| * 受診ご希望日 | 第1希望 | 月 | 日 | | 第2希望 | 月 | 日 | | 第3希望 | 月 | 日 |
| * 遠州鉄道 浜北駅への送迎 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (PETがん検診をご受診の方以外はご利用いただけません。) | | | | | | | | | | |

休診日【土・日・一部祝日】 その他不定期に休診いたします。

検診・診療の実施日は浜松PET診断センター公式サイト(<https://www.hmp.or.jp>)でご確認いただくか、直接お問い合わせください。

浜松ホトニクスの株式を保有されている株主様で、株主割引をご利用される場合は、右欄にご署名、押印をください。株主様に代わり、その配偶者様が株主割引を利用される場合も、株主様のご署名、押印をお願いいたします。また、本用紙原本を当方にご送付ください。

株主割引の詳細は、別紙「PETがん検診」株主割引のご案内をご参照ください。

私は、本予約申込書に記入した検診に対し、株主割引の利用を申請します。

ご署名 _____



該当する口にチェックしてください。 回答内容によっては、ご受診いただけない場合があります。

- ① 現在、悪性腫瘍や脳疾患、認知症の診断または疑いで、医療機関を受診されていますか？ はい いいえ
- ② 過去5年間に、悪性腫瘍の診断または疑いで、精査、治療または経過観察を受けたことがありますか？ はい いいえ
- ③ 体内に電子機器を埋め込まれていますか？ (心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、人工内耳など) はい いいえ
- ④ 使用している物、該当する物にチェックをしてください。
 脳動脈瘤手術によるクリップ 心臓人工弁 アートメイク コイル、ステント
 人工関節、釘、ボルト、プレート 鍼治療の鍼 刺青 金属加工作業や事故等により体内に入った金属片がある
 歯科インプラント、義歯、入れ歯 義眼 補聴器 その他の金属物が体内にある
 上記の物や該当する項目は無い
- ⑤ 移動の際に必要な物をチェックしてください。 車椅子 杖 その他 必要な物はない
- ⑥ 閉所恐怖症ですか？ はい いいえ
- ⑦ 糖尿病を はい ⇒ はいの場合 空腹時血糖値 _____ 糖尿病の している していない
 患っていますか いいえ 服薬治療を している していない
 インスリン注射を している していない
- ⑧ (女性のみ) 閉経 順調 ⇒ 最終月経 _____ 月経
 月経は 不順 開始日: _____ 月 _____ 日 周期: _____ 日

お問合せ先

浜松ホトニクス株式会社 健康情報室
 〒434-8601 静岡県浜松市浜北区平口5000番地(浜松PET診断センター内)
 ☎ 0120-584-722 TEL (053) 584-0722 FAX (053) 584-0723

検査施設

一般財団法人 浜松光医学財団 浜松PET診断センター
 〒434-0041 静岡県浜松市浜北区平口5000番地(浜松ホトニクス中央研究所内)
 TEL (053) 584-6581 FAX (053) 584-6582

お客様の個人情報は、検診実施、また、関連するサービス提供のために利用いたします。第三者に提供することはありません。浜松ホトニクス株式会社は、浜松PET診断センターの窓口業務を受託しています。