

「PET-CT 単独 I コース」申込書

ファックス：089-999-1195

●**注意事項** 受診される方が下記に該当する場合は申し込み前に**予約センター**にお電話ください。

- ①40歳未満である(受診年1月1日時点)。 ②糖尿病があり空腹時血糖が150mg/dl以上になる可能性がある。
 ③日常生活に介助が必要である(麻痺、認知症等)。 ④日本語が十分理解できない。
 ⑤ペースメーカーあるいは除細動器を体内に埋め込んでいる。
 ⑥閉所恐怖症がある(PET-CT検査が可能ながわかつている場合は連絡不要です)。
 ⑦(女性の場合)妊娠の可能性がある。授乳中。豊胸術後(マンモグラフィ希望者のみ)。

●**料金** 受診当日にお支払い頂きます。クレジットカード、デビットカードも使用できます。

検査項目	料金(税込)			
	基本料金	10%割引	20%割引	30%割引
PET-CT検査・内臓脂肪量 ※当日の結果説明あり	110,000円	99,000円	88,000円	77,000円

院内レストランお食事券(メニューの中から1000円以内で選択)が付いています。

●**割引**(併用可) 割引は基本料金にのみ適用されます。

リピーター割引	10%	前回の受診日から2年以内にお申し込みされる場合に自動的に適用されます。
家族割引	10%	ご家族で同時にお申し込みされる場合 (コース、受診日は別々でも可) ご家族の氏名 ()
企業割引	10%	当院との契約を交わした企業 企業名 ()

●**追加項目** ご希望の方は○印をつけてください。

○印	追加項目	料金(税込)
	血液検査(腫瘍マーカー・肝炎ウイルス・胃がんリスク層別化・血液生化学)	9,900円
	上部消化管内視鏡検査	15,400円
	骨密度検査	4,950円
	マンモグラフィ(女性のみ)	6,490円

●**受診希望日** ()内は曜日をご記入ください。

平日は概ね3週間後以降でご記入ください。
 土曜日についてはお問い合わせください。
 内視鏡は第2・4土曜日のみ(変更の場合あり)。

第1希望	年 月 日()
第2希望	年 月 日()
第3希望	年 月 日()

受診される方の氏名や住所をご記入ください。書類等の送付先に別住所を希望される場合はご連絡ください。

私は、がんドックの内容を十分理解した上で受診を申し込みます。 (がんドックの内容はパンフレットや当院ホームページでご確認ください)		申込日 年 月 日	
郵便番号	住所		
フリガナ	性別	生年月日	年 月 日生()歳
氏名	男	日中連絡のつく電話番号() -	
	女	当院受診歴 無・有 (診察券番号)	

(氏名を自署された場合、押印は不要です)

お問い合わせ **予約センター** 電話 089-999-1112 受付時間 8:30~17:00(土・日・祝祭日・年末年始を除く)