

お名前		生年月日	S・H	年	月	日
日中連絡先	() -	案内送付先	自宅・勤務先	結果送付先	自宅・勤務先	

ご希望のコースにチェックをお願いします。 施設:千種区 東名古屋画像診断クリニック

<input type="checkbox"/>	A がん総合健診コース	個人 ¥264,000 (税込) 法人 ¥253,000 (税込)	オプション健診を付ける場合は右をチェック→	<input type="checkbox"/>	循環器健診	¥33,000 (税込)
<input type="checkbox"/>	B 成人病総合健診コース(脳・循環器検査を含む)					個人 ¥390,500 (税込) 法人 ¥379,500 (税込)
<input type="checkbox"/>	【女性のみ】乳房専用PET検査 ※総合健診とセットでご予約下さい。					¥44,000 (税込)
ご希望日		第1希望	第2希望	第3希望		
(火～土曜日)		月 日	月 日	月 日		

内視鏡健診(施設:提携クリニック) 予約可能日を後ほどご連絡致します。 ※内視鏡健診は他の検査と同日に出来ません。

<input type="checkbox"/>	胃カメラ	¥22,000 (税込)	<input type="checkbox"/>	大腸カメラ	¥22,000 (税込)
--------------------------	-------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------

以下の質問にお答え下さい。1、2の設問は該当するものがあれば○を付けて下さい。
3～8の設問については、“はい”の方は手術時期・部位・金属の内容などをご記入下さい。

1	心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 ・ 人工内耳中耳 ・ 心臓人工弁 ・ 磁石式人工肛門	なし	
	人工関節 ・ 義肢 ・ 義眼 ・ 置針 ・ 体内埋込式インスリンポンプ		
	その他、磁気や電気で作動する体内埋め込み物		
2	金歯・銀歯 ・ 詰め物 ・ 口腔インプラント ・ 固定ブリッジ ・ マグネット義歯(磁石で装着する入れ歯)	なし	
	入れ歯(取外し可) ・ 金属を使用した歯科矯正器具 ・ その他(内容:)		
3	脳内に動脈瘤手術等のコイル・クリップがある。	はい ()	いいえ
4	小線源治療を行った事がある。	はい ()	いいえ
5	血管内ステント留置術を行ったことがある。	はい ()	いいえ
6	外傷の術後で金属(ボルト、プレート、ネジ等)をいれている。	はい ()	いいえ
7	金の糸など、美容整形で金属をいれた。	はい ()	いいえ
8	1～7の設問以外に、体内に金属をいれている。	はい ()	いいえ
9	狭いところが苦手(閉所恐怖症)	はい	いいえ
10	刺青・アートメイク(眉やアイラインに色素を入れる落ちないメイク)をしている。	はい (部位:)	いいえ
11	病院からお薬を貰っている(点眼薬、外用薬含む)。	はい → 2枚目の設問にお答え下さい	いいえ

【女性の方のみ】

12	妊娠中、授乳中、または妊娠の可能性がある。	はい → 健診を受けることが出来ません	いいえ
13	豊胸術後、子宮内避妊具がある。	はい	いいえ
14	(乳房専用PET検査を行う方) 断乳後6か月以内である。	はい → 乳房専用PETが出来ません	いいえ

【B:成人病総合健診、もしくは循環器OPを予約されている方】

該当するものに○を付けて下さい。該当する方は冠動脈石灰化スコア検査が出来ない可能性があります。

15	冠動脈ステント ・ 心臓ペースメーカー ・ 心臓人工弁手術	左記の該当なし
	その他、心臓の手術 (詳細:)	

お願い PET-CT検査は放射線薬剤を投与して行う検査です。不要な被曝を避けるため、お子様や妊婦を同行されてのご来院はご遠慮下さい。また、お子様や妊婦との接触はPET-CT検査終了から2～3時間は空けてください。

お薬がない方はこの用紙のみお送り下さい。お薬がある方は2枚目の設問にもお答え下さい。 【FAX】 052-764-1725

お名前		生年 月日	S・H	年	月	日
-----	--	----------	-----	---	---	---

・病院から処方されたお薬がある方は、お薬の名前と服用回数をご記入下さい(処方箋のFAXでも可)。

・健診が近づきましたら、健診前日と当日のお薬の服用についてご連絡させていただきます(健診前1週間以内にはご連絡します)。

※市販のサプリメントはご記入いただく必要はありません(健診当日のサプリメントの服用は中止して下さい)。

● 飲み薬

お薬の名前	用法	お薬の名前	用法
	朝・昼・夕・寝る前		朝・昼・夕・寝る前
	朝・昼・夕・寝る前		朝・昼・夕・寝る前
	朝・昼・夕・寝る前		朝・昼・夕・寝る前
	朝・昼・夕・寝る前		朝・昼・夕・寝る前
	朝・昼・夕・寝る前		朝・昼・夕・寝る前
	朝・昼・夕・寝る前		朝・昼・夕・寝る前
	朝・昼・夕・寝る前		朝・昼・夕・寝る前
	朝・昼・夕・寝る前		朝・昼・夕・寝る前

● 点眼薬・外用薬(はり薬など)

お薬の名前	お薬の名前	お薬の名前

● インスリンを使用している方

お薬の名前	用法
	朝()単位・昼()単位・夜()単位・寝る前()単位
	朝()単位・昼()単位・夜()単位・寝る前()単位
	朝()単位・昼()単位・夜()単位・寝る前()単位
最近の空腹時血糖を教えてください	mg/dl

ご連絡いただいたお薬が変更になった場合は必ずご連絡下さい。

お薬手帳や処方箋のコピーを送っていただいても構いません。

TEL:0120-73-1714 FAX:052-764-1725 (電話受付:9時~18時 日・祝日休)

医療法人名古屋放射線診断財団 東名古屋画像診断クリニック

WEB 2021.1