

申込書

宛先: 広島大学病院 エイズ医療対策室 FAX: 082-257-5351

郵送先: 〒734-8551 広島県広島市南区霞1-2-3

(FAXまたは郵送にてお申込みください)

おふりがな		性別	生年月日
お名前		男・女	年 月 日 (歳)
ご住所 (ご自宅)	〒 _____ 県		
電話番号	(携帯)	(ご自宅)	

■ご希望される受診形態(検診外来/検査入院)と、コースと、検査内容に○を付けてください。
*各受診形態でご案内できる検査が異なります。

■検診外来	Aコース	①PET ②CT ③胃カメラ ④頭部MRI ⑤認知機能検査
	Bコース	①PET ②頭部MRI ③認知機能検査

■検査入院	オプション	①CT ②胃カメラ ③頭部MRI ④認知機能検査
	検査希望	⑤大腸カメラ(大腸カメラご希望の場合は3泊4日になります)

希望日	第一希望 年 月 日 ()	第二希望 年 月 日 ()
希望日 【Aコースの2日目】	第一希望 年 月 日 ()	第二希望 年 月 日 ()

特に調べてほしいこと(複数回答可) *当てはまる項目に○を付けてください

関節・歯科・認知機能・心理状態・社会資源利用状況・その他()

上記以外に実施ご希望の検査や、特に相談したい事をご記載ください。

【かかりつけ医療機関】所在地

名称

電話

医師名

科

※ お送りいただいた個人情報の取り扱いについては厳重に管理し、同意なしに第三者に提供することは一切ありません。