

申込書

2024/5/1

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、コース内の検査内容に○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 検査希望	①CT【希望箇所: 】 ②胃カメラ(大腸カメラとの併用不可) ③ 頭部MRI ④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) *入院期間中に全ての検査を実施することが困難なこともございます。
		希望順に番号を記載してください

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()

上記を含めて気になる症状などをご記載ください。

【記載者】 医療機関

科

住所

電話

※ 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。