

体检预约申请表

※阴影部分为必填项目。

※请在符合选项前的方框划勾。

填写日期		年		月		日
------	--	---	--	---	--	---

体检者基本信息

姓(汉字)		名(汉字)			性别	男性
姓(拼音)		名(拼音)			性别	女性
出生年月日	年	月	日	国籍		
E-MAIL		联系电话			就医者 护照号码 本次赴日 签证类型	
真实有效的邮寄地址(体检报告)	邮编: 地址:			工作单位		
体检者 可使用语言 有没有 来过日本	中文普通话	英语	日语	其它语言或方言 ()		
※选择「有」的人请填写来日本的次数						
来日本的次数 次 ※回答大约次数即可						
最近第1次	年	月	~	年	月	※ 目的 ()
最近第2次	年	月	~	年	月	※ 目的 ()

既往病史经历描述 (如有, 请填写)

	病名	治疗年月日	治疗方法	治疗结果
例	高血压	2010.3-2015.3	药物治疗	血压稳定
①				
②				
③				
④				
⑤				

致女性受检者 现在是否在怀孕中 是 不是

其它重要确认事项 (“有” 或者 “是” 时, 请勾选)

项目	请填写具体内容	是否治愈
体内有无金属 (包括刺青、半永久化妆、假牙等)		
有无幽闭恐惧症=狭窄空间恐惧症		
有无糖尿病 (是否正在治疗)	HbA1c数值: ()	
有无药物过敏 (包括酒精、造影剂)		
有无食物过敏		
是否晕血		
身高: cm 体重: kg (体重超过120kg无法接受检查)		

备注

- 体内有无金属 (涉及检查: MRI=核磁共振)
- 有无幽闭恐惧症=狭窄空间恐惧症 (涉及检查: MRI、CT、PET-CT。比如不能坐电梯, 不能乘地铁。
注意: 狭窄空间恐惧, 与处于拥挤人群中的不适感是不同的。)
- 造影剂过敏 (涉及检查: CT。主要是心脏加强CT扫描时所使用的造影剂。
PET-CT时所使用的FDG造影剂=示踪剂, 基本没有副作用。)
- 有无糖尿病, 是否正在治疗 (涉及检查: PET-CT。如在治疗, 需要向医院进行说明。不代表不能做检查。)