

体检预约申请表

*请在符合的选项上勾选

申请日期： 年 月 日

体检者基本信息

姓(汉字)		名(汉字)		○男
姓(拼音)		名(拼音)		
护照号码		出生年月日	年 月 日	○女
护照有效期至	年 月 日	日本国有效签证	○有 ○没有	
家庭地址				
工作单位				
固定电话	(区号)	-	移动电话	
可使用语言	○ 中文普通话 ○ 英语 ○ 日语 ○ 其他语言或方言()			
体检报告	○ 邮寄 ○ 自取		Email:	@

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

其他重要确认事项(“有”或者“是”时,请在下列表格中勾选并填写具体内容)

项目	请填写具体内容
○致女性受检者,现在是否正在怀孕中	○没有 ○有 (现已怀孕 周)
○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(是否正在治疗中)	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)	

体检申请人(家属)签名:

备注:

- 请体检者在填写体检预约申请表时一并提供护照复印件。
- 体内有无金属(涉及检查:MRI=核磁共振)。
- 有无幽闭恐惧症(涉及检查:MRI·CT·PET-CT,比如不能坐电梯,不能乘地铁。但与拥挤人群中的不适感不同)。
- 造影剂过敏(涉及检查:CT,主要是心脏加强CT扫描时使用的造影剂)。
PET-CT所使用的FDG=示踪剂,示踪剂对人体基本没有副作用。
- 有无糖尿病(涉及检查:PET-CT,如正在治疗中,需要向医院进行说明,但不代表不能做检查)。