

滋賀県立成人病センター研究所

検査担当者 宛

FAX 番号： 077-582-6041

新規アミロイドイメージング用 PET 薬剤^[18F]FPYBF-2
健常ボランティア検査参加希望者のための登録申込書

私は検査内容を十分に理解したうえで、PET 薬剤^[18F]FPYBF-2 を用いた健常ボランティア検査を希望しますので、ご登録をお願いします。

(FAX でも読めるように大きな文字ではっきりと記載してください)

姓 名

氏名 (ひらがな) :

氏名 (漢字) :

生年月日 :

(西暦) 年 月 日 生まれ

性別 (チェックしてください) : 男性 女性

住所 :

電話番号 (こちらから連絡しますので、日中に連絡の取れる番号を記載してください) :

自宅 _____ 自宅外 _____

センター関係者の場合、PHS 等の院内連絡先 :

当院の受診歴 (チェックしてください) :

受診したことがある (あれば、7 けたの患者 ID 番号を記載して下さい)

受診したことがない

検査希望日 (基本的に金曜日午後となります。ご希望には沿えない場合があります。)

その他、具体的なお希望等がございましたら、ご記入ください。