

人間ドック申込書

申込日 年 月 日

受診者ID		性別	
フリガナ			
お名前		年齢	(歳)
生年月日			
ご住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	- -
電話がつながりやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 9~12時 <input type="checkbox"/> 12~13時 <input type="checkbox"/> 13~16時 <input type="checkbox"/> 希望なし		
健康保険組合(事業所)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		

■ ご利用希望日(土曜、日曜、祝日、12/29~1/3は休診日になります)

第1希望日	西暦	年	月	日	第2希望日	西暦	年	月	日
第3希望日	西暦	年	月	日	第4希望日	西暦	年	月	日

(※ 必ず第4希望までご記入下さい。希望日通りに沿えない場合もございますのでご了承下さい)

■ コース内選択検査にチェックをつけて下さい。

- 日帰りドック 胃X線
- 日帰りドック 胃カメラ(経口)
- 日帰りドック 胃カメラ(経鼻) ※ 血液が固まるのを防ぐ薬を服用中の方は実施できません

■ オプション検査をご希望の方は、下記にチェックをつけて下さい。

- 子宮がん検診(経膈エコー・内診・細胞診)
- 前立腺検診
- 乳がん検診(マンモ+エコー+視触診)
- ピロリ菌検査
- メタボリック検査
- 肺がん検査
- プレミアム心臓ドック検査
- 甲状腺検査
- スタンダード心臓検査
- 腫瘍マーカー検査4種
- 脳ドック
- 腫瘍マーカー検査3種
- LOX-INDEX
- AIRS・AICS

※ ご注意

- ☆ このFAX申込書の受信後、当院より翌日までに確認のご連絡をいたします。但し、休日に受けたFAXは、休日明けに確認のご連絡をいたします。折り返しのお電話にてご予約が確定いたします。
- ☆ ご予約の希望日の1週間前までをお願いいたします。
- ☆ 脳ドックはペースメーカー、人工弁、体内の金属、脳動脈クリップ等の手術後の方は実施できません。

申込みFAX番号 : 047-473-1252

受付印

--