

# 人間ドック申込書 (2人用)

申込日 年 月 日

受診者ID		
フリガナ		
お名前		
生年月日	年 月 日	年 月 日
年齢・性別	( 歳 ) 男 ・ 女	( 歳 ) 男 ・ 女
ご住所	〒 —	〒 —
電話番号	(自宅) — — (携帯) — —	(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	<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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
ご利用希望日	第1希望日 年 月 日	第1希望日 年 月 日
	第2希望日 年 月 日	第2希望日 年 月 日
	第3希望日 年 月 日	第3希望日 年 月 日
	第4希望日 年 月 日	第4希望日 年 月 日
コース内検査	<input type="checkbox"/> 日帰りドック 胃X線 <input type="checkbox"/> 日帰りドック 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 日帰りドック 胃カメラ(経鼻)	<input type="checkbox"/> 日帰りドック 胃X線 <input type="checkbox"/> 日帰りドック 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 日帰りドック 胃カメラ(経鼻)
オプション検査	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモ+エコー) <input type="checkbox"/> メタボリック検査 <input type="checkbox"/> 心臓オプション <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 前立腺検診 <input type="checkbox"/> プレミアム心臓検査 <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 <input type="checkbox"/> スタンダード心臓検査 <input type="checkbox"/> 肺がん検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査5種 <input type="checkbox"/> 甲状腺検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査3種 <input type="checkbox"/> 経膈エコー <input type="checkbox"/> アレルギー検査(MAST48) <input type="checkbox"/> AICS/AIRS <input type="checkbox"/> アレルギー検査(皮膚炎用) <input type="checkbox"/> LOX-INDEX <input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎喘息用) <input type="checkbox"/> BNP検査	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモ+エコー) <input type="checkbox"/> メタボリック検査 <input type="checkbox"/> 心臓オプション <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 前立腺検診 <input type="checkbox"/> プレミアム心臓検査 <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 <input type="checkbox"/> スタンダード心臓検査 <input type="checkbox"/> 肺がん検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査5種 <input type="checkbox"/> 甲状腺検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査3種 <input type="checkbox"/> 経膈エコー <input type="checkbox"/> アレルギー検査(MAST48) <input type="checkbox"/> AICS/AIRS <input type="checkbox"/> アレルギー検査(皮膚炎用) <input type="checkbox"/> LOX-INDEX <input type="checkbox"/> アレルギー検査(鼻炎喘息用) <input type="checkbox"/> BNP検査

※ **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。
- ☆ 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)は、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。
- ☆ 「日帰りドック 胃カメラ(経鼻)」は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。
- ☆ 「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

