

日帰りドック申込書

◎当院受診歴： 有 ・ 無

患者ID	(企業・健保組合)
*企業・健保組合を通してのお申し込みの場合ご記入ください		
受診日	年	月 日
フリガナ		
氏 名		男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 歳

住所	〒	
	電話	携帯電話
	日中連絡先	

書類等 送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> その他
	住所	〒
	電話	

コース一覧

ご希望のコース番号に○をつけてください

- 1 標準セット男性 (選択 : ① 胃カメラ ・ ② 胃透視) * 胃カメラ選択の場合 ¥5,250 追加
- 2 標準セット女性 (選択 : ① 胃カメラ ・ ② 胃透視)
(選択 : ① マンモ ・ ② 乳エコー)
- 3 酸化ストレスオプション (選択 : ① 詳細 ・ ② 簡易)

4 その他のオプション検査

*ご希望の項目に○をつけてください

<input type="checkbox"/>	肺機能検査
<input type="checkbox"/>	頚動脈エコー
<input type="checkbox"/>	長時間酸素飽和度測定
<input type="checkbox"/>	骨密度
<input type="checkbox"/>	喀痰細胞診
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

オプション検査(血液・便)

*ご希望の項目に○をつけてください

<input type="checkbox"/>	TSH,FT4 (甲状腺機能)
<input type="checkbox"/>	CEA (大腸癌など)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	CA125 (卵巣癌など)
<input type="checkbox"/>	抗p53抗体 (食道・大腸・乳癌)
<input type="checkbox"/>	HIV
<input type="checkbox"/>	ピロリ菌 (便検査)

前回ドック	年 月 日 ・ 初回
-------	------------