

日帰りドック申込書

当院受診歴 有・無

申込日 年 月 日

※確認の為、事前にお電話する場合がございます。

[健康保険組合]

※会社・企業を通してのお申し込みの場合はご記入ください。

患者番号 ー ー 受診日 年 月 日

フリガナ
氏名 男・女

生年月日 西 暦 年 月 日 歳

連絡先
自宅 会社 会社名()
〒
住所
電話 携帯電話

書類等
送付先
同上 その他 会社名()
〒
住所
電話

●ご希望のコース番号に○をつけてください。
いずれかを選択してください。

- 胃 検 査 [①胃カメラ・②胃透視・③なし]
- 乳 腺 検 査 [④マンモグラフィー・⑤乳腺エコー・⑥なし]
- 子宮がん検診 [⑦あり・⑧なし]
- 肺セット
- 脳画像診断 [年 月 日]

※日帰りドックとは別の日になります。詳しくはお問い合わせください。

前回ドック

年 月 日 ・ 初回

※ご予約後、受診予定日前日の営業時間を過ぎてから予約変更・キャンセルをされた場合、キャンセル料が発生しますのでご注意ください(日帰り:3,000円)

※人間ドック受診のご案内を受診日の10日程前にお送りしますので、ご確認ください。

※ご不明な点がございましたら、健康管理センター(TEL 06-6312-8841)へお問合せください。

●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	(肺セットに含む)
<input type="checkbox"/>	頸動脈エコー	(脳検査に含む)
<input type="checkbox"/>	長時間酸素飽和度測定	※翌日朝、来院要
<input type="checkbox"/>	骨密度	
<input type="checkbox"/>	喀痰	(肺セットに含む)

[血液・便]

<input type="checkbox"/>	TSH, FT4	(甲状腺機能)
<input type="checkbox"/>	CEA	(大腸がんなど) (肺セットに含む)
<input type="checkbox"/>	CA125	(卵巣がんなど) (女性のみ)
<input type="checkbox"/>	AFP	(肝がんなど)
<input type="checkbox"/>	抗p53抗体	(食道・大腸・乳がん)
<input type="checkbox"/>	HIV	(エイズ検査)
<input type="checkbox"/>	ピロリ菌	(便検査)