

# 日帰りドック申込書

◎当院受診歴： 有 ・ 無

※確認のため、事前にお電話させていただく場合がございます。

患者番号	(	健康保険組合)
*企業・健康保険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"/> 会社・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 )  
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 肺セット

## 4 オプション検査

## 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

\*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"/>	頰動脈エコー
<input type="checkbox"/>	長時間酸素飽和度測定(翌朝、来院要)
<input type="checkbox"/>	骨密度
<input type="checkbox"/>	喀痰細胞診

<input type="checkbox"/>	TSH,FT4	(甲状腺機能)
<input type="checkbox"/>	CEA	(大腸癌など)
<input type="checkbox"/>	CA125	(卵巣癌など)*女性のみ
<input type="checkbox"/>	AFP	(肝臓癌など)
<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
-------	------------

※ キャンセル料について ご予約後、受診予定日の前日(16時)以降に予約変更・キャンセルをされた場合にキャンセル料が発生しますのでご注意ください。(日帰りドック:3,000円)