

人間ドック予約申込書

フリガナ						昭和 平成			
お名前				男 女	生年月日	年	月	日	(歳)
ご住所	〒								
電話番号	()	-		携帯電話					
健康 保険証	保険者名称()								
	保険者番号()								
	保険証記号・番号()(本人・家族)								
健診日 の希望	第1希望 年 月 日()								
	第2希望 年 月 日()								
	第2希望 年 月 日()								
コース	<input type="checkbox"/> 1日人間ドック ⇒胃検査[バリウム・胃カメラ(経口)・胃カメラ(経鼻)] <input type="checkbox"/> 2日通院ドック ⇒胃検査[バリウム・胃カメラ(経口)・胃カメラ(経鼻)] <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 ⇒胃検査[バリウム・胃カメラ(経口)・胃カメラ(経鼻)]								
オプション	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 肺CT <input type="checkbox"/> 脳ドック(MRI MRA 頸動脈超音波) <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診(PSA) <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査(TSH FT-3 FT-4) <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査(血液検査)								
	<input type="checkbox"/> ピロリ菌(血液検査) <input type="checkbox"/> 骨密度検査(超音波法) <input type="checkbox"/> 早期腎疾患予防健診 <input type="checkbox"/> 心機能マーカー血液検査(BNP) <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> アレルギー検査(血液)								

胃カメラは1日の定員が決まっていますので、ご希望日に添えない場合があります
 経鼻カメラは本数が少ないため、胃カメラの順番ならびに健診終了時間が遅くなります
 申込用紙をFAXまたは郵送にてお送りください。
 当センターよりご連絡いたします。また、ご不明な点はお問い合わせください。

吉田総合病院 健康管理センター
 電話 0826-42-5372
 FAX 0826-42-5372