

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3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・経鼻)] <input type="checkbox"/> 脳ドック					
オプション	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <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(呼気検査) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <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) <input type="checkbox"/> 抗CCP抗体 </td> </tr> </table>				<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(呼気検査)	<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) <input type="checkbox"/> 抗CCP抗体
<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(呼気検査)	<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) <input type="checkbox"/> 抗CCP抗体					

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。

申込用紙をFAXまたは郵送にてお送りください。

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 0826-47-0122