人間ドック申込書

くまもと成城病院　　FAX（０９６）３４４－３３１２

受診希望日	
ふりがな	
氏名	
性別	□　男性　　□　女性
年齢	歳
生年月日	
当院受診回数	回
お申込みのきっかけ ※初めての方はご記入下さい	□　知人からの紹介　□　口コミ　□　広報誌 □　パンフレット等　□　その他
前回受診日	
住所	（〒　　）
電話（自宅）	
電話（携帯）	
勤務先（職業）	
電話（勤務先）	
胃部検査 ※ご希望の検査をお選び下さい	□　胃内視鏡（カメラ）　□　胃透視（バリュウム）
任意の検査 ※どちらかにチェックして下さい	血液型（□　希望する　□　希望しない　） 梅毒　（□　希望する　□　希望しない　）
昼食コース ※ご希望のコースをお選び下さい	□　鯛の塩焼き　□　和風ハンバーグ □　魚のムニエル　□　サイコロステーキ
オプション検査 ※ご希望の検査をお選び下さい	□　大腸内視鏡検査　□　腫瘍マーカー（CEA） □　血管内皮機能検査　□　子宮がん検査 □　喀痰細胞診検査（肺がん）　□　乳がん検査 □　ＨＩＶ（エイズ）抗体検査　□　歯科 □　成人Ｔ細胞白血病検査 □　ＨＣＶ抗体検査（Ｃ型肝炎） □　ＰＳＡ（前立腺）検査 □　睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査
お支払方法 ※ご希望の方法をお選び下さい	□　現金　□　その他 □　クレジットカード （使えるカード：ＶＩＳＡ、ニコス、日専連、マスター、ＵＦＪ、JCB、アメックス、ダイナース、デスカバー）
特記事項	