

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	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> パンフレット等 <input type="checkbox"/> その他
※初めての方はご記入下さい	
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	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (カメラ) <input type="checkbox"/> 胃透視 (バリウム)
※ご希望の検査をお選び下さい	
任意の検査	血液型 (<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない) 梅毒 (<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない)
※どちらかにチェックして下さい	
昼食コース	<input type="checkbox"/> 魚のムニエル <input type="checkbox"/> サイコロステーキ
※ご希望のコースをお選び下さい	
オプション検査	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (CEA) <input type="checkbox"/> 血管内皮機能検査 <input type="checkbox"/> 子宮がん検査 <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診検査 (肺がん) <input type="checkbox"/> 乳がんマンモ検査 <input type="checkbox"/> HIV (エイズ) 抗体検査 <input type="checkbox"/> 乳がんエコー検査 <input type="checkbox"/> 成人T細胞白血病検査 <input type="checkbox"/> HCV抗体検査 (C型肝炎) <input type="checkbox"/> PSA (前立腺) 検査 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査
※ご希望の検査をお選び下さい	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> クレジットカード
※ご希望の方法をお選び下さい	
	(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	