

人間ドック申込書

受診希望日															
ふりがな															
氏名															
性別	<input type="checkbox"/> 男性						<input type="checkbox"/> 女性								
生年月日															
年齢	歳														
協会けんぽ利用	<input type="checkbox"/> する						<input type="checkbox"/> しない(保険証記号・番号は不要)								
保険証記号・番号	記号	枝番	
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		
※初めての方はご記入下さい	<input type="checkbox"/> パンフレット等						<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡（カメラ）						<input type="checkbox"/> 胃透視（バリュウム）								
※ご希望の検査をお選び下さい															
オプション検査 ※ご希望の検査をお選び下さい	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査(水曜日のみ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー（CEA） <input type="checkbox"/> 乳がんマンモ検査 <input type="checkbox"/> 咳痰細胞診検査（肺がん） <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"/> HBs抗原（B型肝炎） <input type="checkbox"/> HCV抗体検査（C型肝炎） <input type="checkbox"/> PSA（前立腺）検査 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現金						<input type="checkbox"/> その他								
	<input type="checkbox"/> 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															