

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							番号								枝番				
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	<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												
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	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡（カメラ）							<input type="checkbox"/> 胃透視（バリウム）												
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"/> 喀痰細胞診検査（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																				