人間ドック申込書

医療法人山部会 くまもと成城病院

受診希望日	
ふりがな	
氏名	
性別	□ 男性　□ 女性
生年月日	
年齢	歳
協会けんぽ利用	□ する　□ 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	□ 知人からの紹介　□ ロコミ　□ 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）
昼食コース ※ご希望のコースをお選び下さい	□ 魚料理（魚のムニエル）　□ 肉料理（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） □ 喀痰細胞診検査（肺がん）　□ 子宮がん検査 □ ＨＩＶ（エイズ）抗体検査　□ 乳がんマンモ検査 □ 成人Ｔ細胞白血病検査　□ 乳がんエコー検査 □ ＨＣＶ抗体検査（Ｃ型肝炎）　□ 胸部CT（追加料金なし） □ ＰＳＡ（前立腺）検査　□ 歯科 □ 睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査
任意の検査(追加料金なし) ※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　）
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	

（Tel）096-344-3326（fax）096-344-3312
（eメール）kenshin@k-seijo.or.jp