

＜人間ドック申込書（個人用）＞

■申込書のご記入をお願い致します。

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		お勤め先	
受診者氏名			
生年月日	大 昭 平 年 月 日	年齢	歳 男 女
ご住所	(〒 -)		
お電話番号			

※ご住所は、人間ドック結果票をお送りする際に必要ですので正確にご記入下さい。

■ご希望の人間ドックコースの申込欄に○を付けて下さい。

申込	コース
<input type="checkbox"/>	日帰りドック（胃カメラ）
<input type="checkbox"/>	日帰りドック（胃バリウム）

申込	コース
<input type="checkbox"/>	消化器ドック1泊2日コース
<input type="checkbox"/>	消化器ドック日帰りコース
<input type="checkbox"/>	下部消化器ドック

■診療ご希望日を記入お願い致します。

受診希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日
-------	-------	-------	-------

■下記オプションを受診希望の場合は申込欄に○を付けて下さい。

申込	オプション名
<input type="checkbox"/>	胸部CT撮影
<input type="checkbox"/>	腹部CT撮影
<input type="checkbox"/>	頸部エコー検査
<input type="checkbox"/>	腹部超音波検査
<input type="checkbox"/>	骨密度測定
<input type="checkbox"/>	大腸カメラ

申込	オプション名
<input type="checkbox"/>	PSA（腫瘍マーカー）
<input type="checkbox"/>	CEA（腫瘍マーカー）
<input type="checkbox"/>	CA19-9（腫瘍マーカー）
<input type="checkbox"/>	AFP（腫瘍マーカー）
<input type="checkbox"/>	SCC（腫瘍マーカー）
<input type="checkbox"/>	ヘリコバクターピロリ菌抗体検査

ご予約・お問い合わせは、電話又はFAXにて受付けております。



電話 0157-23-3225（平日 8:30～17:30）
FAX 0157-23-3113

＜人間ドック申込書（事業所用）＞

■申込書のご記入をお願い致します。

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		担当者名	お電話番号
事業所名			
ご住所	(〒 -)		

■案内、結果票の送り先を該当するものに○をつけて下さい。

() 受診者の自宅に郵送する () 事業所に郵送する () その他 _____

■受診者の氏名等のご記入をお願い致します。

※案内、結果票を受診者様の自宅に郵送する場合は、裏面の＜人間ドック申込書（個人用）＞をお使い下さい。

希望日	氏名	ふりがな	生年月日	人間ドックコース	オプション検査

ご予約・お問い合わせは、電話又はFAXにて受付けております。



電話 0157-23-3225（平日 8:30~17:30）
FAX 0157-23-3113