

FAX : 0776-34-3602

## 人間ドック・健診申込書

フリガナ			男性・女性
お名前			当院での受診
生年月日	昭和・平成	年 月 日	あり・なし
ご自宅住所	〒 -		
お電話番号(個人)	ご自宅・携帯		
保険証の記号・番号	記号:	番号:	
事業所名称			
保険証の保険者番号			
保険者名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> ( )健康保険組合 <input type="checkbox"/> ( )共済組合 <input type="checkbox"/> ( )国民健康保険組合		
お電話番号(事業所)		ご担当	様
ご住所(事業所)	〒 -		
ご希望連絡先	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他( )		
受診ご希望日 (平日のみ)	第一希望 令和 年 / ( )	第二希望 令和 年 / ( )	第三希望 令和 年 / ( )
<b>【健診・ドック内容】</b>			
◎人間ドック <input type="checkbox"/> 1日ドック <input type="checkbox"/> 2日ドック	◎一般健康診断 <input type="checkbox"/> 定期健康診断① <input type="checkbox"/> 定期健康診断② <input type="checkbox"/> 定期健康診断③ <input type="checkbox"/> 雇入時健康診断	◎生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 特定健康診査	◎国民健康保険 <input type="checkbox"/> 1日人間ドック <input type="checkbox"/> 長寿1日ドック <input type="checkbox"/> 特定健康診査
<b>【オプション検査】</b>			
<input type="checkbox"/> 脳腫瘍(CT)検査 <input type="checkbox"/> 体脂肪測定CT検査 <input type="checkbox"/> 大腸CT検査(1日ドックの方対象) <input type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA)検査 <input type="checkbox"/> HIV(エイズ)検査 <input type="checkbox"/> APOE遺伝子検査	<input type="checkbox"/> 肺がん検査(喀痰細胞診) <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 <input type="checkbox"/> 子宮癌検診(水曜日のみ検診可) <input type="checkbox"/> 視野検査(両眼) <input type="checkbox"/> MCIスクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査		

## 当院記入欄

請求先	窓口支払・会社請求
結果送付先	ご自宅・事業所