

人間ドック利用申込書

フリガナ		男・女	生 年 月 日			
氏 名			大正 昭和 平成	年	月	日生
連絡先	〒	-	電話			
		-	-	-	-	-
	市 郡	丁目 町	番	号	番地	

<受診希望日>平成 年 月 日 ~ 月 日

- <希望コース>
- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック | <input type="checkbox"/> 1泊1日人間ドック |
| <input type="checkbox"/> 日帰り脳人間ドック | <input type="checkbox"/> 1泊2日脳人間ドック |
| <input type="checkbox"/> 脳ドック | |

- <オプション>
- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 | <input type="checkbox"/> 骨塩量(DEXA法) |
| <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化 | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ |
| <input type="checkbox"/> 前立腺特異抗原 | <input type="checkbox"/> 歯科ドック |

注1) 受診日が決まりましたら、お電話でお知らせします。

注2) 胃カメラ検査は予約制ですので、ご希望の方は、お申し出下さい。

注3) 1日に受診できる人数に限りがありますので、お早めにご予約下さい。

※まずお電話頂き、お電話の後FAXにてお申し込み下さい。