

人間ドック申込書

FAX : 072(641)5898

ID _____ ①第1ご希望日 (月 日)
 ②第2ご希望日 (月 日)
 お申込日：平成 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日				
お名前			男・女	M	T	年	月	日
			S	H				
フリガナ								
ご自宅住所	〒							
ご自宅電話番号		ご自宅FAX番号		携帯電話番号				
フリガナ								
ご勤務先								
フリガナ								
ご勤務先住所	〒							
ご勤務先電話番号		ご勤務先FAX番号		ご担当者名				

案内書送付先 (ご自宅 ・ ご勤務先)
 ※連絡先がご自宅の場合は勤務先のご記入は不要でございます。
※下記ご希望のコースに○をつけてください。

人間ドック	
<input type="checkbox"/>	総合健診コース 胃内視鏡 (胃カメラ)
<input type="checkbox"/>	PET健診コース 胃内視鏡 (胃カメラ)
<input type="checkbox"/>	基本健診コース
<input type="checkbox"/>	健康診断コース
<input type="checkbox"/>	栄養師による栄養相談(後日)

アフタヌーンドック	
<input type="checkbox"/>	基本健診コース
<input type="checkbox"/>	レディースがん検診コース

脳ドックコース	
<input type="checkbox"/>	

がんドック (複数可)	
<input type="checkbox"/>	肺がんCT検診
<input type="checkbox"/>	肺がんセット検診
<input type="checkbox"/>	大腸がんCT検診 (大腸CT)
<input type="checkbox"/>	前立腺がん検診
<input type="checkbox"/>	乳がん検診
<input type="checkbox"/>	婦人科がん検診
<input type="checkbox"/>	胃がん検診 (胃部内視鏡)

人間ドック追加オプション (複数可)	
<input type="checkbox"/>	頭部MRI/MRA
<input type="checkbox"/>	骨盤MRI
<input type="checkbox"/>	胃内視鏡 (胃カメラ)
<input type="checkbox"/>	胃部X線 (バリウム)
<input type="checkbox"/>	甲状腺エコー
<input type="checkbox"/>	心臓エコー
<input type="checkbox"/>	乳腺エコー
<input type="checkbox"/>	マンモグラフィ
<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー 抗p53抗体
<input type="checkbox"/>	ペプシノーゲン
<input type="checkbox"/>	アディポネクチン

がんドック追加オプション	
<input type="checkbox"/>	上腹部検査 (エコーのみ)
<input type="checkbox"/>	腹部エコー+腹部CT
<input type="checkbox"/>	抗p53抗体
<input type="checkbox"/>	抗p53抗体+基本4種

がんリスクスクリーニング	
<input type="checkbox"/>	RNAマイクロアレイ検査
<input type="checkbox"/>	アミノインデックス

*お電話にてご希望日をご相談下さい。
 *必要事項をご記入頂き、FAXにてご送信下さい。
 *FAX到着後、案内書類一式をお送り致します。

医療法人友誼会 彩都友誼会病院
 健診センター
 TEL : 072(641)6898
 FAX : 072(641)5898