

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 |
| | | | S | H | | | 日 |
| 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"/> | レディースがん検診コース |
| 脳ドック | |
| <input type="checkbox"/> | 脳ドックコース |
| <input type="checkbox"/> | 認知機能検査(50歳以上) |

| 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"/> | 甲状腺エコー |
| <input type="checkbox"/> | 心臓エコー |
| <input type="checkbox"/> | 乳腺エコー・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 |
| <input type="checkbox"/> | 認知機能検査(50歳以上) ※ただし頭部MRI検査を受けられる方のみ |

| 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) |
| 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 |

| DOGLAB | |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | がん判定DOGLAB |

*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。

TEL : 072(641)6898
 FAX : 072(641)5898