

人間ドック申込書

FAX : 072(641)5898

ID _____ 第1ご希望日 (月 日)
 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 S	T H	年 月 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	
総合健診コース	胃内視鏡 (胃カメラ)
総合健診コース	胃部X線 (バリウム)
PET健診コース	胃内視鏡 (胃カメラ)
PET健診コース	胃部X線 (バリウム)
基本健診コース	
医師コンサルあり	医師コンサルなし

アフタヌンドック	
基本健診コース	
レディースがん検診コース	

脳ドックコース	
---------	--

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

がんドック (複数可)	
肺がんCT検診	
肺がんセット検診	
前立腺がん検診	
乳がん検診	
婦人科がん検診	
胃がん検診 (胃部X線)	
胃がん検診 (胃部内視鏡)	
がんドック追加オプション	
上腹部検査 (エコーのみ)	
腹部エコー + 腹部CT	
抗p53抗体	
抗p53抗体 + 基本4種	

- * 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