

## 各種健康診断・人間ドック FAX申込書

|           |                |                        |            |
|-----------|----------------|------------------------|------------|
| ご予約希望日時①  | 平成 年 月 日       | ご予約希望日時②               | 平成 年 月 日   |
| フリガナ      |                |                        | 性別         |
| ご氏名       |                |                        | 男 ・ 女      |
| 生年月日      | 大正 昭和 平成 年 月 日 | 年齢                     | 才          |
| ご住所       | 〒              |                        |            |
| 電話番号（ご自宅） | ( )            | 日中の連絡先<br>( 携帯 ・ 勤務先 ) | ( )        |
| 健康保険組合名   |                |                        |            |
| 保険証記号・番号  | -              | 続柄                     | 本人 ・ 家族    |
| 被保険者名     |                |                        | 本人との続柄 ( ) |
| 勤務先名称     | 勤務先電話番号        |                        | ( )        |
| 勤務先住所     | 〒              |                        |            |

ご希望コース〔ご希望の項目に○をつけてください〕

※ 勤務先での巡回健診を受けられなかったかたは  
 こちらに○をつけてください

|        |      |         |       |        |
|--------|------|---------|-------|--------|
| 法定健康診断 | 特定健診 | 生活習慣病健診 | 人間ドック | 定期健康診断 |
|--------|------|---------|-------|--------|

ご希望オプション検査〔ご希望の項目に○をつけてください〕

|                        |   |
|------------------------|---|
| 胃部X線直接撮影               | 骨密度測定（超音波法）   |
| 胃部内視鏡検査                | 腹部超音波検査（5臓器）  |
| 眼底検査（両眼）               | 婦人科検査   |
| 肺機能検査（スパイロメーター）        | 細胞診・内診  |
| 大腸がん検査（2回法）            | 下腹部エコー（子宮・卵巣）   |
| 血液検査                   | 乳腺検査  |
| 前立腺検査（PSA）             | マンモグラフィ（2方向）  |
| 甲状腺検査（FT3・FT4・TSH）     | 乳腺エコー   |
| 梅毒検査（TPLA法・梅毒RPR法定性）   | 触診  |
| 血液型検査（ABO式 Rh型）        | ※ご注意<br>・ この申込書をお送りいただいてから1週間以内に、当診療所より確認のご連絡をいたします。<br>お打ち合わせの後、ご予約の完了となります。<br>・ 申込書にご記入いただいた内容につきましては、健康診断の予約申込としての目的以外には一切使用いたしません。 |
| HIV抗体検査                |   |
| B型肝炎検査（HBs抗原・抗体）       |   |
| C型肝炎検査（HCV抗体）          |   |
| ペプシノゲン検査               |   |
| ピロリ菌検査（ヘリコバクターピロリ抗体）   |   |
| 腫瘍マーカー（CEA・AFP・CA19-9） |   |

ご予約申込みFAX番号 : 047-495-2020