人間ドック申し込み用紙

　　　　　　　　　　ＦＡＸ：０２６３-８６-２８１６

　　　　　　　　　　　　　　　　　　まつもと医療センター

〒　　　　　―

ふりがな

ご住所

ふりがな

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（　男　・　女　）

生年月日　　 T ・ S ・ H　　　　年　　　　月　　　　日　生　（　　　　　歳）

T E L　　　 　　ー　　　 　―　　　 　　・　F A X　 　　 　 ー　　　　　―

□　希望するコース番号に○印をご記入願います。日帰りコースのみ胃の検査をお選びください。

（詳しくはパンフレットをご覧ください）

１．一般日帰りコース　　※ 胃の検査は　胃カメラ ・ バリウム

* オプション検査をご希望の方は以下の希望する検査項目に○印をご記入願います。

1. 一般日帰りコース

① 血液型　　 ② 骨密度検査　　 ③ 眼科検査（緑内障・加齢黄斑変性症の検査）

④ 肺がんの検査（MDCT・痰の検査）　 ⑤ 乳がんの検査　 ⑥ 子宮がんの検査

⑦ 腫瘍マーカー（消化器がん・肝臓がん・卵巣がん）　　⑧ インスリン

⑨ 動脈壁硬化測定　　　⑩ 頸動脈超音波測定

* 希望日またはどうしても避けて欲しい曜日、月日をご記入ください。

第一希望日：　　　月　　　日（　　　 ）　 第二希望日：　　　 月　　 　日（　　 　）

避けて欲しい曜日・月日：

* 最後に、

現在内服中の薬がありましたらご記入ください。　無・有