

人間ドック申し込み用紙

F A X : 0 2 6 3 - 8 6 - 2 8 1 6

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)

TEL _____ ・ FAX _____

- 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