

# 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 )

携帯番号

\_\_\_\_\_

・ 自宅番号

\_\_\_\_\_

FAX

\_\_\_\_\_

希望するコース番号に○印をご記入願います。また、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子宮頸がんの検査

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。 有・無 \_\_\_\_\_