人間ドック申し込み用紙

　　　　　　　　　　ＦＡＸ：０２６３-８６-２８１６

　　　　　　　　　　　　　　　NHO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）

携帯電話　　　　 ―　　 　　―　　　 　　　・　自宅番号　 ―　　　　　　―

F A X　 　　 　 ―　　　 　　―

□　胃の検査をお選びいただき、希望する項目に○印をご記入願います。

（詳しくはパンフレットをご覧ください）

○ 胃の検査は

① 胃カメラ（経口）　② 胃カメラ（経鼻）　③ 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。

（各金額については、パンフレットをご覧下さい）

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（午前予約のみ）　 ⑥子宮がんの検査（火水午前予約のみ）

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　⑪頭部MRI（午後予約のみ）

* **③、④、⑦は、括弧内の検査の内、希望する物に○印をお願いします。**
* 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（　　 ）午前・午後　 第二希望日：　　　月　　 日（　 　）午前・午後

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