

人間ドック申し込み用紙

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

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 _____

FAX _____

☐ 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ください)

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 _____