医療法人 伸裕会 渡辺病院

健康診断申込書

太枠内にご記入のうえ、郵送またはファックスにてお申込み下さい。

お申込日　　年　　月　　日　　FAX宛先：**0244-63-2206**

フリガナ				性　別	
氏　名				男 ・ 女	
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生　（　　歳）				
ご自宅	住　所	〒□□□－□□□□			
	TEL	（　　）　　－	携帯	（　　）　　－	
勤務先	フリガナ		フリガナ		フリガナ	
	名　称		部署		役職	
	住　所	〒□□□－□□□□			
	TEL	（　　）　　－	FAX	（　　）　　－	

ご希望コース
該当箇所に☑を付けて下さい。

- □ 人間ドック
- □ 生活習慣病予防健診
- □ 雇入時健康診断
- □ 定期健康診断A
- □ 定期健康診断B
- □ 特定健康診査
- □ 脳ドック

オプション検査
（上記人間ドックコースと併せてお申込いただけます）
該当箇所に☑を付けて下さい。
※ 複数可

- □ 肺の画像診断検査（マルチスライスCT）
- □ 内臓脂肪精密測定検査（腹部CT検査）
- □ 骨粗鬆症検診（骨塩定量検査）
- □ 睡眠時無呼吸症候群簡易検査
- □ 乳がん検診(視・触診、マンモグラフィー検査)
- □ 乳がん検診(視・触診、乳腺エコー検査)
- □ 子宮がん検診(膣脂膏頸微鏡検査(膣スメア方式)
- □ 動脈硬化検査（血圧脈波検査）

腫瘍マーカー検査（血液検査）

- □ CEA
- □ PSA
- □ SCC／CYFRA／ProGRP（3項目セット）
- □ AFP／PIVKA-Ⅱ（2項目セット）
- □ CA19-9

受診希望日	第一希望日	年　月　日	第二希望日	年　月　日

ご請求先
該当箇所に☑を付けて下さい。

- □ 個人（窓口支払）
- □ 勤務先
- □ 健康保険組合

こちらに該当する方はご記入ください ▶

ご連絡先
ご担当者

- □ その他（　　）

備　考