

人間ドック申込書

年 月 日

フリガナ															
受診者氏名															
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女														
生年月日	年 月 日生 (歳)														
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無														
住所	〒														
電話番号	(自宅電話)														
	(携帯電話)														
メールアドレス															
助成金の利用	<input type="checkbox"/> しない														
	<input type="checkbox"/> 国民健康保健 (市町村名) : <input type="checkbox"/> 社会保健 (健保組合名) : ※ 代行機関名 :														
希望受診日	第一希望日 年 月 日 ()														
	第二希望日 年 月 日 ()														
	第三希望日 年 月 日 ()														
希望コース	<input type="checkbox"/> 一日人間ドック <input type="checkbox"/> 脳MRセット <input type="checkbox"/> レディースドック														
上部消化管検査	<input type="checkbox"/> 胃X線透視 (バリウム) 検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (胃カメラ) 検査 【木曜日は実施不可】 <input type="checkbox"/> 胃検査無し														
オプション検査	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーセット</td> <td><input type="checkbox"/> 脳MR</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PSA 【男性のみ】</td> <td><input type="checkbox"/> トルソCT</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ピロリ菌</td> <td><input type="checkbox"/> 子宮頸癌 【女性のみ】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ピロリ菌+ペプシノゲンセット</td> <td><input type="checkbox"/> 子宮体癌 【女性のみ】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン (TSH・FT3・FT4)</td> <td><input type="checkbox"/> 経膈超音波 【女性のみ】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アレルギー (MAST48mix)</td> <td><input type="checkbox"/> HPV 【女性のみ】</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 乳癌画像診断 【女性のみ】 (水曜日・金曜日のみ)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーセット	<input type="checkbox"/> 脳MR	<input type="checkbox"/> PSA 【男性のみ】	<input type="checkbox"/> トルソCT	<input type="checkbox"/> ピロリ菌	<input type="checkbox"/> 子宮頸癌 【女性のみ】	<input type="checkbox"/> ピロリ菌+ペプシノゲンセット	<input type="checkbox"/> 子宮体癌 【女性のみ】	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン (TSH・FT3・FT4)	<input type="checkbox"/> 経膈超音波 【女性のみ】	<input type="checkbox"/> アレルギー (MAST48mix)	<input type="checkbox"/> HPV 【女性のみ】		<input type="checkbox"/> 乳癌画像診断 【女性のみ】 (水曜日・金曜日のみ)
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーセット	<input type="checkbox"/> 脳MR														
<input type="checkbox"/> PSA 【男性のみ】	<input type="checkbox"/> トルソCT														
<input type="checkbox"/> ピロリ菌	<input type="checkbox"/> 子宮頸癌 【女性のみ】														
<input type="checkbox"/> ピロリ菌+ペプシノゲンセット	<input type="checkbox"/> 子宮体癌 【女性のみ】														
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン (TSH・FT3・FT4)	<input type="checkbox"/> 経膈超音波 【女性のみ】														
<input type="checkbox"/> アレルギー (MAST48mix)	<input type="checkbox"/> HPV 【女性のみ】														
	<input type="checkbox"/> 乳癌画像診断 【女性のみ】 (水曜日・金曜日のみ)														

那須赤十字病院 健診部

TEL 0287-23-9979

FAX 0287-23-9982