

人間ドックお申込書

ご希望日	第1希望: 月 日()/第2希望: 月 日()/第3希望: 月 日()		
人間ドックコース	<input type="checkbox"/> ベーシック <input type="checkbox"/> レディースコース <input type="checkbox"/> 2日コース <input type="checkbox"/> 契約企業コース(直接契約・健保連・仲介業者など) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ差額ドック (コース名:)		
胃検査	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 内視鏡(経口・経鼻・鎮静剤) <input type="checkbox"/> 胃検査なし <input type="checkbox"/> ABC検診(血液) <input type="checkbox"/> その他()		
個別ドックコース	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 呼吸器ドック <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 心臓ドック(ホルター有・無) <input type="checkbox"/> レディースドック <input type="checkbox"/> 子宮がんドック <input type="checkbox"/> 3Dマンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳がんドック①(両方) <input type="checkbox"/> 乳がんドック②(マンモ) <input type="checkbox"/> 乳がんドック③(エコー)		
オプション検査 ※ご希望の方は検査名 をご記入下さい。	・	・	・
ふりがな			
氏名			男・女
生年月日	T・S・H	年 月 日	歳
住所	〒 -		
電話番号	固定:	-	-
	携帯:	-	-
メールアドレス			
受診歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
助成金の有無 ※ご不明な点は所属の 健保様にご確認下さい。	有(加入保険組合名・企業名:)・無 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者) <input type="checkbox"/> 被扶養者(配偶者以外の家族)		
お支払方法	<input type="checkbox"/> 受診者全額窓口支払い <input type="checkbox"/> 受診者窓口支払いなし <input type="checkbox"/> 一部受診者窓口支払い(利用券 あり・なし)		
食物アレルギー	有(食物名:)・無		
服薬の有無	有(服薬名:)・無		
備考欄 ※質問・ご要望等ござい ましたらこちらにご記入下 さい。			

* ご記入漏れがないか再度確認していただき、FAXの送付をお願い致します。*

★直通のFAX番号になっておりますので申込書1枚の送付でも構いません。

社会医療法人社団 正志会 花と森の東京病院 健診センター

TEL:03-5567-1332 FAX:03-5567-1389