

人間ドック申込書

※記入もれのないようお願いします。

記入日： 年 月 日

★FAX:03-3736-8358

(フリガナ) お名前 <small>(保険証登録と同様の漢字でご記入下さい)</small>		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	大正 昭和 平成	生年月日	年齢： 歳	年 月 日
本人ご住所 <small>(建物名も必ずご記入願います)</small>						
電話番号			FAX番号			
携帯電話			当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃) <input type="checkbox"/> 無			
事業所名			事業所電話番号			
事業所ご住所 <small>(建物名も必ずご記入願います)</small>						
保険証種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 (健康保険組合名)			健康保険の補助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
記号 () 番号 () 本人・家族			保険者番号			
支払方法 <input type="checkbox"/> 当日窓口支払 (円) <input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> その他 ()						
希望日① 月 日		希望日② 月 日		希望日③ 月 日		
連絡事項						

受診内容

基本コース

- 1日人間ドック(日帰り)
- 1泊人間ドック
- 脳ドック(単独受診)

婦人科検査(女性は必ずご記入ください)

- ★子宮頸がん検査
- ★乳がん検査
- 実施しない
- 実施しない
- 細胞診検査を希望する
- 触診+マンモグラフィー(2方向)を希望する
- 触診+乳房エコーを希望する

人間ドックをご予約の方

- この申し込み用紙が当院に届いた時点で、正式な申込みとしてお取扱いいたします。
- 健康保険の補助をご利用される方は、加入している健康保険組合にも必ずお申ください。
- 利用券をお持ちの方は必ず当日ご持参ください。万一、お忘れの場合は健康保険の補助を受けられず、全額受診者負担となる場合がございますので予めご了承ください。尚、健康保険組合によっては利用券を発行していない組合もございます。
- 受診予定日の1週間前までに、この申し込み用紙が当院宛に届かない場合は、当院にて予約をキャンセルさせていただく場合がございます。予めご了承ください。
- 受診予定日の1週間前になっても、当院より問診票や案内状などが届かない場合は、お手数ですが当院まで至急ご連絡ください。
- 大腸がん検査やオプション検査の肺ドックを受診される方は、事前に当院より採取容器をお渡しいたしますので、当日必ずご持参ください。当日ご提出されなかった場合は、理由の如何にかかわらず検査中止となりますので、ご了承ください。
- オプション検査(脳ドック・マンモグラフィ・子宮がん等)によっては、開始時間が午後になる場合があります、予めご了承ください。

マンモグラフィーにつきましては、健康保険組合により、**方向数(補助の対象)**が決まっている場合がございます。ご加入の健康保険組合にお問い合わせ下さい。