

# 人間ドック申込書

FAX: 03-3736-8358

(フリガナ) お名前 様 (保険証と同様の漢字でご記入下さい)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢: 歳 大正 昭和 平成 生年月日 年 月 日	
本人住所 (建物名も必ずご記入お願いします)			
電話番号	携帯番号		
日中連絡先	当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	健康保険の補助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(フリガナ) 事業所名	事業所電話番号		
事業所住所 (建物名も必ずご記入お願いします)			
保険証の種類 (保険者名称)	保険者番号	保険証記号	保険証番号
支払方法 <input type="checkbox"/> 当日窓口支払 <input type="checkbox"/> 会社請求	問診表送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所	健診結果送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所	
第一希望 月 日	第二希望 月 日	第三希望 月 日	

## 希望コース

基本コース ※必須	内視鏡オプション	婦人科オプション
1日ドック	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> セデーション(経口のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸がん
1泊人間ドック (休止中)		
脳ドック (単独)		

## 注意事項

- この申込書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込みください。
- 受診予定日の2週間前までに、この申込書が当院宛に届かない場合は、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、問診票や案内状などが届かない場合は、当院までご連絡ください。
- 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ので予めご了承ください。

受診希望日の2週間前までにこちらの申込書をお送りください。