

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 ☐ 男性 ☐ 女性	生年月日	大正 昭和 平成	年齢： 歳 年 月 日
〒 ー ー 本人住所 (建物名も必ずご記入をお願いします)					
電話番号 ー ー ー ー		携帯番号 ー ー ー ー			
日中連絡先 ー ー ー ー		当院受診歴 ☐ 有 ☐ 無		健康保険の補助 ☐ 有 ☐ 無	
(フリガナ) 事業所名		事業所電話番号 ー ー ー ー			
〒 ー ー 事業所住所 (建物名も必ずご記入をお願いします)					
保険証の種類 (保険者名称)		保険者番号		保険証記号	
☐ 本人 ☐ 家族					
支払方法	☐ 当日窓口支払 ☐ 会社請求	問診表送付先	☐ 自宅 ☐ 事業所	健診結果送付先	☐ 自宅 ☐ 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	☐ 経鼻 ☐ 経口 ☐ セデーション(経口のみ)		☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー	☐ 子宮頸がん
	1泊人間ドック (休止中)				
	プレミアム脳ドック		脳ドック		簡易脳ドック

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。