

人間ドック申し込み用紙

FAX : 0263-86-2816

まつもと医療センター

〒 _____

ふりがな
ご住所

ふりがな
お名前

(男 ・ 女)

生年月日 T・S・H 年 月 日生 (歳)

TEL _____ ・ FAX _____

希望するコース番号に○印をご記入願います。日帰りコースのみ胃の検査・昼食をお選びください。(詳しくはパンフレットをご覧ください)

1. 一般日帰りコース ※ 胃の検査は 胃カメラ ・ バリウム
※ 昼食は 要る ・ 要らない (1000円値引きになります)

オプション検査をご希望の方は以下の希望する検査項目に○印をご記入願います。

1. 一般日帰りコース
① 血液型 ② 骨密度検査 ③ 眼科検査 (緑内障・加齢黄斑変性症の検査)
④ 肺がんの検査 (MDCT・痰の検査) ⑤ 乳がんの検査 ⑥ 子宮がんの検査
⑦ 腫瘍マーカー (消化器がん・肝臓がん・卵巣がん) ⑧ 大腸がんの検査
⑨ インスリン ⑩ 動脈壁硬化測定 ⑪ 頸動脈超音波測定

希望日またはどうしても避けて欲しい曜日、月日をご記入ください。

第一希望日 : _____ 月 _____ 日 (_____) 第二希望日 : _____ 月 _____ 日 (_____)

避けて欲しい曜日・月日 : _____

最後に、

現在内服中の薬がありましたらご記入ください。 無・有 _____