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

〒 ―

 　 　　（　男　・　女　）

生年月日 T・S・H 年 　月 　　日　　生　　（　　　歳）

携帯番号 　―　 　　　―　 　　 　・　自宅番号　 ―　 　―

FAX 　―　 　　 ―

* 希望するコース番号に○印をご記入願います。また、胃の検査をお選びください。
（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
* 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○印をご記入お願いします。
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子宮頸がんの検査
　　⑦腫瘍マーカー（消化器がん・肝臓がん・卵巣がん）　　　⑧インスリン
　　⑨動脈壁硬化測定 ⑩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。　有・無