

南町田病院 人間ドック申込書

ID _____ 年 月 日

ふりがな		性別
名前		男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (満)	歳)
住所	〒	
電話番号	()	
第一希望日	年 月 日 (曜日)
第二希望日	年 月 日 (曜日)
第三希望日	年 月 日 (曜日)
人間ドックコース	<input type="checkbox"/> ベーシックコース <input type="checkbox"/> レディースコース (ベーシックコース+子宮がんドック(HPVあり)+乳がんドック+骨ドック)	
オプション	<input type="checkbox"/> 肺がんドック <input type="checkbox"/> 肺がんドック(喀痰細胞診あり) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 子宮がんドック <input type="checkbox"/> 子宮がんドック(HPV検査あり) <input type="checkbox"/> 乳がんドック <input type="checkbox"/> 大腸がんドック <input type="checkbox"/> 骨ドック	
保険組合人間ドック	<input type="checkbox"/> 健保連ドック <input type="checkbox"/> 東振協D1コース	
健保連ドックオプション	<input type="checkbox"/> 乳腺マンモグラフィ <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(バリウムから変更)	
単独ドックコース	<input type="checkbox"/> 肺がんドック <input type="checkbox"/> 肺がんドック(喀痰細胞診あり) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 子宮がんドック <input type="checkbox"/> 子宮がんドック(HPV検査あり) <input type="checkbox"/> 乳がんドック <input type="checkbox"/> 大腸がんドック <input type="checkbox"/> 骨ドック <input type="checkbox"/> 胃ドック	
助成金の有無	有 (加入健康保険組合 _____) ・ 無 健康保険組合TEL (_____)	
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 受診者窓口支払い <input type="checkbox"/> 受診者窓口支払いなし <input type="checkbox"/> 一部窓口支払い	
検査着サイズ	S ・ M ・ L ・ LL ・ 4L (男女兼用) ご自身のサイズに○をつけてください	
食物アレルギー	有 (食物名 : _____) ・ 無	
内視鏡検査実施時の鎮静剤の希望	有 ・ 無 (希望される方はお車でのご来院はお控えください)	
備考欄 ご質問・ご要望がございましたらご記入ください		