医療法人山部会 くまもと成城病院

# 人間ドック申込書

| | |
|---|---|
| 受診希望日 | |
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 性別 | □ 男性　□ 女性 |
| 生年月日 | |
| 年齢 | 歳 |
| 協会けんぽ利用 | □ する　□ しない（保険証記号・番号は不要） |
| 保険証記号・番号 | 記号　番号　枝番 |
| 当院受診回数 | 回 |
| お申込みのきっかけ<br>※初めての方はご記入下さい | □ 知人からの紹介　□ ロコミ　□ 広報誌<br>□ パンフレット等　□ その他 |
| 前回受診日 | |
| 住所 | （〒　　） |
| 電話（自宅） | |
| 電話（携帯） | |
| 勤務先（職業） | |
| 電話（勤務先） | |
| 胃部検査<br>※ご希望の検査をお選び下さい | □ 胃内視鏡（カメラ）　□ 胃透視（バリュウム） |
| オプション検査<br>※ご希望の検査をお選び下さい | □ 大腸内視鏡検査　□ 腫瘍マーカー（CEA）<br>□ 喀痰細胞診検査（肺がん）　□ 子宮がん検査<br>□ ＨＩＶ（エイズ）抗体検査　□ 乳がんマンモ検査<br>□ 成人Ｔ細胞白血病検査　□ 乳がんエコー検査<br>□ ＨＣＶ抗体検査（Ｃ型肝炎）　□ 胸部CT（追加料金なし）<br>□ ＰＳＡ（前立腺）検査　□ 歯科<br>□ 睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査 |
| 任意の検査(追加料金なし)<br>※どちらかにチェックして下さい | 血液型（□ 希望する　□ 希望しない）<br>梅毒（□ 希望する　□ 希望しない） |
| お支払方法<br>※ご希望の方法をお選び下さい | □ 現金　□ その他<br>□ クレジットカード<br>（使えるカード：ＶＩＳＡ、ニコス、日専連、マスター、ＵＦＪ、JCB、アメックス、ダイナース、デスカバー） |
| 特記事項 | |

（Tel）096-344-3326（fax）096-344-3312
（eメール）kenshin@k-seijo.or.jp