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 ※初めての方はご記入下さい	□　知人からの紹介　□　口コミ　□　広報誌 □　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 ※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 ※ご希望の検査をお選び下さい	□　大腸内視鏡検査【水曜のみ】□　子宮頸がん検査 □　腫瘍マーカー（CEA）　□　乳がんマンモ検査 □　喀痰細胞診検査（肺がん）　□　乳がんエコー検査 □　成人Ｔ細胞白血病検査 □　ＨＣＶ抗体検査（Ｃ型肝炎） □　ＰＳＡ（前立腺）検査 □　睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査
お支払方法 ※ご希望の方法をお選び下さい	□　現金　　□　その他 □　クレジットカード （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