

# 人間ドック申込み票

**FAX専用**

\* 青枠内のご記入をお願いします

ふりがな			男
氏名			・ 女
生年月日	昭和・平成	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 - ( 様方)		
連絡先 必ず連絡がつく電話番号を ご記入下さい	自宅	: - -	
	携帯	: - -	
	その他	: - -	
受診希望日	年 月 日 ( )		
胃の検査	胃カメラ ( 経口・経鼻・経鼻用カメラを口から・鎮静剤使用 ) バリウム ・ 受けない		
前立腺腫瘍マーカー	受ける ・ 受けない		
乳がん検診	マンモグラフィ ・ 乳房エコー ・ 受けない		
子宮頸がん検診	受ける ・ 受けない		
※オプション検査 (ご希望)	脳ドック ( MRI ・ MRA ) ・ 骨密度 ( 大腿頸部 ・ 腰椎 ・ 大腿頸部+腰椎 ) 胸部CT ・ 腹部CT ・ ファットスキャン ・ ピロリ菌検査 ( 抗体 ・ 尿素呼吸 ) 腫瘍マーカー ( 消化器系 ) ・ 卵巣腫瘍マーカー ・ 甲状腺機能検査 エコー検査 ( 頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 心臓 ・ 腹部 ) ・ 脈波伝導速度 ( ABI/CAVI )		
備考			

全検査で、指定医師のご希望はお伺いできませんのでご了承ください。

胃カメラの検査ご希望で、経鼻カメラをご利用の場合は、¥2,200 (税込) 別途ご料金が必要になります。

※オプション検査の詳細はオプション検査料金表をご確認ください。

## ★お申込み方法

青枠内をご記入の上、下記FAX番号へ送信下さい。

FAX確認後、当院よりご連絡させていただき予約確定となります。ご注意ください。

日本バプテスト病院 TEL : 075-702-5947 (直通)

人間ドック室 FAX : 075-702-8420 (直通)

### ★ドック室使用欄

予約対応	台帳	SCC	電カル	保険詳細 (会社・健保名)	団体	コース
/	/	/	/			
				団体コード ( )		
予約決定日	年 月 日 ( ) :			カルテ番号 :		
				前回受診日 :		