

申込日(西暦) 年 月 日()
希望日(西暦) 年 月 日()

人間ドック申込書(Aコース)

◎太枠の中は記入もれのないようボールペンでお願いします。

フリガナ	
氏名(性別)	(男・女)
生年月日	西暦 年(T・S・H 年) 月 日生(歳)
住所	〒 -
電話番号	- - (携帯番号 - -)
診察券の有無	有(診察券番号:)・無
検査着のサイズ	S(女性のみ) ・ M ・ L ・ LL
メタボ予防食	400kcal(減量希望者) ・ 500kcal(女性標準) ・ 600kcal(男性標準)
食物アレルギーの有無	有()・無
服薬の有無	有(服薬名:)・無
助成金の有無	有(加入健康保険組合:)・無
当日支払の有無	①全額支払 ②一部自己負担 ③本人負担無
特定健診併用	有 ・ 無 国保 ・ 社保 ・ 後期高齢

※ 料金はドック開始前にお支払いいただきます。

◆オプション◆ ご希望の検査に○をつけてください。(別料金となります)	
予約により 当日実施可能	①血液型(ABO・Rh型) ②胃がんリスク検診(ABC検診)
	③頭頸部MRI ④乳房検査 ⑤簡易聴力検査 ⑥子宮検査
	⑦眼科検診(1. 簡易 2. 精密)※曜日によっては当日外になります
当日以外に実施	胃透視検査(胃カメラに変更はできませんのでご了承下さい)
※都合により検査日が他日になることがあります。	

※ 当日の検査変更はいたしかねますのでご了承ください。

当日人間ドックを受けられる方について、補助が必要な方は✓をお願いします。
<input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 耳が不自由 <input type="checkbox"/> 車いす
<input type="checkbox"/> 外国の方(日本語 可 ・ 不可) ※不可の方は通訳を同伴願います。