

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。

<b>◆オプション◆</b> 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乳房検査 ④頭頸部MRI ⑤腹部超音波検査 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)
<b>※都合により検査日が他日になることがあります。</b>	

※ 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。