

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
バランス健康食	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	<input type="checkbox"/>	①血液型(ABO・Rh型)	<input type="checkbox"/>	④乳房検査
	<input type="checkbox"/>	②胃がんリスク検診(ABC検診)	<input type="checkbox"/>	⑤頭頸部MRI検査
	<input type="checkbox"/>	③エラスターゼ1(腫瘍マーカー)	<input type="checkbox"/>	⑥腹部超音波検査
	<input type="checkbox"/>	⑦子宮がん検査		
	<input type="checkbox"/>	⑧眼科検査(簡易) ※曜日によっては当日外になります		
	<input type="checkbox"/>	⑨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)		
	<input type="checkbox"/>	⑩睡眠時無呼吸症候群 簡易検査		

※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。

目が不自由 耳が不自由 車いす

外国の方(日本語 可・不可) ※不可の方は通訳を同伴願います。

独立行政法人国立病院機構 豊橋医療センター A外来係受付

TEL 0532-62-0301

FAX 0532-62-0041