

申込日(西暦) 年 月 日( )

希望日(西暦) 年 月 日( )

## 人間ドック申込書(B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
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腫瘍マーカー ②HCV抗体 ③リウマチ反応
	④骨密度検査 ⑤頭頸部MRI ⑥乳房検査
	⑦子宮検査 ⑧胃がんリスク(ABC検診)
	⑨低線量CT肺がん撮影 ⑩内臓脂肪CT測定
※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。	

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