

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	<input type="checkbox"/>	①腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/>	⑤血液型(ABO・Rh型)
	<input type="checkbox"/>	②エラスターゼ1(腫瘍マーカー)	<input type="checkbox"/>	⑥骨密度検査
	<input type="checkbox"/>	③HCV抗体	<input type="checkbox"/>	⑦頭頸部MRI検査
	<input type="checkbox"/>	④リウマチ反応	<input type="checkbox"/>	⑧乳房検査
	<input type="checkbox"/>	⑨子宮がん検査		
	<input type="checkbox"/>	⑩胃がんリスク検診(ABC検診)		
	<input type="checkbox"/>	⑪低線量CT肺がん撮影		
	<input type="checkbox"/>	⑫内臓脂肪CT測定		
	<input type="checkbox"/>	⑬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。

<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/>目が不自由 <input type="checkbox"/>耳が不自由 <input type="checkbox"/>車いす</p> <p><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。</p>

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