

人間ドックFAX申込書

FAXでのお申し込みは仮予約です。
 担当者より連絡後本予約となります。
 連絡がつかない場合は、キャンセルとさせていただきますのでご了承ください。

医療法人社団 友仁会
 赤坂見附前田病院 元赤坂胃腸科クリニック
 tel: 03-3408-5575 fax: 03-3408-8566

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明大昭平 年 月 日(才)
自宅住所	〒 都道府県		
連絡先	自宅・会社・携帯 ()	連絡可能な時間	※平日9:00~17:00にご連絡致します : ~ :
E-mail	@		
受診歴	<input type="checkbox"/> 前田病院 患者番号 [9ケタ:] <input type="checkbox"/> 元赤坂胃腸科クリニック <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 健康診断		
ご紹介者	初めての方のみ <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 前田病院 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他		

201802145

検査日

第1~3までご希望の検査日をご記入下さい。 ※月~金(祝祭日を除く)

ご希望の日程は申し込み日より1週間以降の日付をご記入ください。腹部・消化管など食事制限がある検査は検査時間に制限があります。ご希望のお日にちで調整させていただきますが、都合により希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

第1希望	第2希望	第3希望
H 年 月 日()AM・PM	H 年 月 日()AM・PM	H 年 月 日()AM・PM

コース選択

ご希望のコースにチェックをご記入下さい。

日帰りドック

食道・胃造影	あり	
	なし	

ホールボディドック

※下部消化管内視鏡を受ける場合は便潜血は必要ありません

基本	オプション
A (基本検査)	オプション B (上部消化管内視鏡) ※AM
+便潜血	オプション C (下部消化管内視鏡) ※AM
	オプション D (心臓超音波)

アクティブドック

脳ドック	
肺ドック	
肝胆膵ドック	
メンズドック	
エイジングドック	
ダイエットドック	
レディースドック	
基本項目検査	

オプション

各コースに追加可能です。

MRI検査	CT検査	超音波検査
頭頸部・MRA	頭部	頸部+甲状腺
腹部MRCP	胸部	心臓
骨盤腔	腹部	腹部+骨盤腔
	骨盤腔	
血液検査	レントゲン検査	内視鏡検査 ※AMのみ
感染症セット	食道・胃造影	上部(食道・胃・十二指腸)
HIV	骨塩定量	下部(大腸・直腸診)
ホールボディ血液セット		その他
腫瘍マーカー		乳がん検診(水PM隔週)
※ご希望の腫瘍マーカーの項目名に○を付けて下さい NSE SCC CEA P53 AFP PIVKA II CA125 IL-2R CA19-9 エラスターゼ1 高感度PSA CA15-3		
		婦人科細胞診
		咳痰検査
		眼科検診

健康診断

担当受付は前田病院扱いになります。

Aコース	
Bコース	
C(雇入時)コース	