

人間ドック申込書

(1) 必ず記入して下さい。河北病院の診察券をお持ちの方は診察券の番号も記入して下さい。

申込年月日	令和 年 月 日()	診察券の番号		-	-
フリガナ			生 年 月 日	昭和・平成	
氏名	男 女	年		月	日
住所 電話番号	〒		連絡先 ()		
食品アレルギー等のため避けて欲しい食品の有無					
体内金属の有無					

(2) 希望するコースの欄に○を記入し、希望日を記入して下さい。

<input type="checkbox"/>	1日コース	第1希望	令和 年 月 日() ~ 月 日()
<input type="checkbox"/>	2日コース	第2希望	令和 年 月 日() ~ 月 日()
<input type="checkbox"/>	宿泊施設利用希望	第3希望	令和 年 月 日() ~ 月 日()

※ 1日コースは月曜日または木曜日、2日コースは火曜日～水曜日、いずれも1名までとなります。

希望日の4週間前までに申し込みをお願いします(予約状況によってはご期待に沿えない場合がございます)。

(3) 希望するオプション検査の欄に○を記入して下さい。

<input type="checkbox"/>	脳梗塞リスクマーカー検査	<input type="checkbox"/>	負 荷 心 電 図 ※1
<input type="checkbox"/>	骨塩定量(骨密度)検査	<input type="checkbox"/>	頸動脈エコー検査 ※1
<input type="checkbox"/>	喀痰細胞診(肺がん)検査	<input type="checkbox"/>	マンモグラフィ検査 ※2
<input type="checkbox"/>	胸腹部CT検査	<input type="checkbox"/>	子宮がん検査 ※2
<input type="checkbox"/>	アリバクターピロ菌抗体検査		
<input type="checkbox"/>	動脈硬化(血圧脈波)検査		

※1 「負荷心電図」と「頸動脈エコー検査」は、2日コース限定のオプション検査になります。

※2 「マンモグラフィ検査」と「子宮がん検査」は、女性限定のオプション検査になります。

※※ 河北病院側の使用欄

医事経営相談課への伝達 (/)	実施日の決定 (/)	申込者への返事 (/)
-------------------	--------------	---------------