

人間ドックFAX申込書

| | | | | | |
|---------------|---|--|------------|----------------|---------------|
| フリガナ | | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| お名前 | | | 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 (歳) |
| ご住所 | 〒 - | | | | |
| ご連絡先 電話番号 | ご自宅 | | 当院でのドック受診歴 | | |
| | 携帯電話 | | あり ・ なし | | |
| 電話がつながりやすい時間帯 | <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 12～13時 <input type="checkbox"/> 13～14時 <input type="checkbox"/> 14～15時 <input type="checkbox"/> 15～16時 <input type="checkbox"/> 16～17時 <input type="checkbox"/> 希望なし | | | | |

● 人間ドック希望日(火・木・金曜日)

| | |
|-------|--------------|
| 第1希望日 | 平成 年 月 日 () |
| 第2希望日 | 平成 年 月 日 () |
| 第3希望日 | 平成 年 月 日 () |

● 食道・胃・十二指腸内視鏡検査について、下記にチェック(☑)を付けて下さい。

- 通常の内視鏡検査
- 鎮静剤を使用の内視鏡検査【別途3,500円(税別)追加】
(当日は、安全のため車・バイク等の運転での来院は厳禁です。運転して来られた場合は、鎮静剤を使用できません。)
- 鼻からの内視鏡検査
(鼻出血のリスクが想定されるため、抗血栓薬を内服されている場合は、鼻からの内視鏡検査はできません。)

● オプション検査をご希望の方は、下記にチェック(☑)を付けて下さい。

- | | | | |
|--|-------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部MRI・MRA検査 | ¥20,000(税別) | <input type="checkbox"/> ピロリ菌抗体検査 | ¥2,000(税別) |
| <input type="checkbox"/> 胸部CT検査 | ¥15,000(税別) | <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診検査 | ¥2,500(税別) |
| <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤部CT検査 | ¥15,000(税別) | <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査 | ¥500(税別) |
| <input type="checkbox"/> 胸部+腹部・骨盤部CT検査 | ¥25,000(税別) | <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査【別日】 | ¥16,000(税別) |
| <input type="checkbox"/> 骨密度測定 | ¥3,000(税別) | <input type="checkbox"/> 通常の大腸内視鏡検査 | |
| | | <input type="checkbox"/> 鎮静剤を使用の大腸内視鏡検査【別途3,500円(税別)追加】 | |

※ FAX申込書をお送りいただきましたら、2～3日中に当院より電話にてご連絡し、ご予約を確定いたします。
ただし、休日にお送りいただいた場合は、休日明けのご連絡となります。
確認の電話が来ない場合は、大変お手数ですが、025-211-8250(内科外来)までご連絡下さい。

※ 外来診療の都合上、確認の電話は原則午後とさせていただきます。予めご了承下さい。

※ ご予約は希望日の2週間前までをお願いいたします。

| | |
|----|----|
| 受付 | 確認 |
| | |