

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