

人間ドック申込書

申込日 年 月 日

※ I D	※IDは当院の診察券番号をご記入ください。 お持ちでなければ空欄で構いません。		
フリガナ			□男 □女
氏名			
住所			
生年月日	□昭和 □平成 年 月 日 西暦 年 月 日		
電話番号	①	②	
ドック希望日	① / AM PM	② / AM PM	③ / AM PM
ドック内容	<input type="checkbox"/> ガン検診コース(健診血液検査フルコース+便潜血I回法+腫瘍マーカー男性・女性)		
	<input type="checkbox"/> 胃がん検診コース(健診血液検査フルコース+便潜血I回法+胃内視鏡検査)		
	<input type="checkbox"/> CTコース(健診血液検査フルコース※+便潜血I回法+胸部~腹部CT) ※胸部X-P除く		
	<input type="checkbox"/> 大腸ガン検診コース(健診血液検査フルコース+便潜血I回法+腹部X-P+大腸CT)		
	<input type="checkbox"/> 乳ガン検診コース(健診血液検査フルコース+乳房エコー)		
	<input type="checkbox"/> ※その他(※詳細を備考欄へご記入ください)		
備考			

- ◆こちらの用紙をFAX又はメールにてご連絡いただいた後、担当看護師よりお電話にてご連絡させていただきます。
また、直接ご来院いただくことも可能です。診察時間内をお願いいたします。
- ◆近々の日程ですとご希望に添えない場合がございますので、余裕をもってご予約ください。
- ◆検査の内容によっては検査のみ別日に再来院していただくようお願いしております。予めご了承ください。
- ◆ご不明な点等ございましたら、診察時間内に担当事務までお電話にてお問い合わせさせていただきますようお願いいたします。

医療法人社団 渡辺内科医院

健康診断担当 看護師・山本／事務・佐野

TEL: 025-525-1170 / FAX: 025-526-3393

mail: wat.medi@joetsu.ne.jp