

FAX : 042-639-1178

人間ドック FAX 申込書

東海大学医学部 八王子病院

東海大学八王子病院受診歴	あり・なし	診察券 ID	8	0	0						
ふりがな						生年月日					
氏名						性別	T S H	年	月	日	
						男・女	西暦	年			
住所	〒 ー 都・県 市・区・町・村										
電話番号	() (携帯・勤務先・家族)										

【受診団体】 ※ 会社や健康保険組合様を通してご受診の方はご記入ください

契約団体名	
-------	--

【受診希望等】 ※ 受診確定日は、お電話にてご連絡いたします。
※ 希望日に予約がお取りできない場合がございますのであらかじめご了承ください。

人間ドック 受診希望日	1	年	月	日
	2	年	月	日
	3	年	月	日
受診確定日のご連絡先	() (自宅・会社)			

【希望内容】 ※ ご希望のプラン・胃の検査・オプション検査のチェック欄口に✓をつけてください

人間ドックプラン	☐ Bプラン	☐ Aプラン	☐ Sプラン
----------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

胃の検査	☐ X線(バリウム検査)	☐ 内視鏡(胃カメラ検査)
------	-------------------------------------	--------------------------------------

オプション検査	☐ ①脳検査 ☐ ②胸部CT ☐ ③喀痰細胞診 ☐ ④生活習慣病・善玉セット ☐ ⑤生活習慣病・悪玉セット ☐ ⑥生活習慣病・脂肪肝セット ☐ ⑦内臓脂肪CT ☐ ⑧甲状腺機能 ☐ ⑨リウマチ検査 ☐ ⑩B型肝炎抗体 ☐ ⑪梅毒検査 ☐ ⑫アレルギーセット ☐ ⑬骨密度検査 ☐ ⑭骨精密セット ☐ ⑮腫瘍マーカー・消化器セット ☐ ⑯腫瘍マーカー・呼吸器セット ☐ ⑰腫瘍マーカー・女性セット ☐ ⑱マンモグラフィー ☐ ⑲乳房超音波 ☐ ⑳子宮検査 ☐ ㉑腫瘍マーカー・前立腺 ☐ ㉒胃がんリスク検査 ☐ ㉓動脈硬化性疾患リスク検査 ☐ ㉔心機能マーカー検査 ☐ ㉕腸内フローラ検査 ☐ ㉖睡眠検査 2晩または5晩
---------	---

FAX到着後の翌営業日以内に、当センターよりお電話いたします。(042-639-1177)