人間ドック申込書

■健診費用のお支払方法をお知らせ下さい（下記のいずれかの□に✓）

□①全額会社請求（後日ご請求書を送付）　□②全額窓口払い

□③項目ごとに支払い方法が異なる　※会社請求対象の項目にチェックを入れてください

□各種ドック

基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 / 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓

肺 / レディースA / レディースB

□胃カメラ差額(3,300円)　□鎮静剤料金(2,500円)

□その他（　　）

■各送付先をお知らせください（下記のいずれかの□に✓）

案内状・検査キット　□自宅　□会社

健康診断結果報告書　□自宅　□会社

請求書　□自宅　□会社

事業所所在地　〒

事業所名称

電話番号

FAX番号

担当者様名

※請求書・結果報告書の送付先が異なる場合は下記特記事項に事業所名称・住所をご記入ください

特記事項

受診希望日①	受診希望日②	フリガナ 氏名	性別	生年月日			希望する健診の いずれかを〇で囲んで下さい	基本ｺｰｽの胃部検査 いずれかを〇で囲んで下さい	胃カメラまたは 大腸カメラ時 鎮静剤希望	備考 追加オプション・時間帯希望など
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	
月　日	月　日		男 女	昭 平	年　月　日		基本ｺｰｽ / 脳単独 / 心臓単独 / 脳+心臓 消化器A / 消化器B / 胆のう・膵臓 肺 / レディースA※ / レディースB※	①バリウム ②胃カメラ	希望する ・ 希望しない	

※レディースドック(子宮がん検診)は下記の曜日・時間帯のみ受診可能です。

午前・・・毎週火曜、木曜　第1、2週目の金曜　　午後・・・第3、4、5週目の金曜

静和記念病院　健診センター　担当：　　TEL　011-738-7100　FAX　011-738-7057