



特別人間ドック 予約申込書

申込日 平成 年 月 日

フリガナ 氏 名	生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)	性別 男・女
健康保険証 ご加入健保: 保 険 記 号:	健康保険組合 番 号:	
フリガナ 〒	電話番号	
自宅住所	自 宅 () — 携 帯 () — E-mail:	
フリガナ	勤務先所在地	
勤務先 名 称	〒 電 話 () —	

■希望のコースにチェックしてください。

健診コース	☐ スタンダード ☐ スーパースペシャル
注：スーパースペシャルのご受診は、月曜日から金曜日となっております。	

■希望の受診日を第一希望から第三希望まで記入してください。

希望受診日	第一希望	第二希望	第三希望
	平成 年 月 日 ()	平成 年 月 日 ()	平成 年 月 日 ()

■選択制になります。必ず該当項目にチェックしてください。

胃 部 検 査	☐ 胃部X検査（バリウム） ☐ 胃内視鏡検査（胃カメラ） ☐ 胃内視鏡検査（胃カメラ）経鼻（鼻）	☐ 経口（口） ☐ 経鼻（鼻）
---------	---	--

■該当項目にチェックしてください。＊オプション項目はご相談ください。

婦人科希望	☐ 子宮頸部細胞診 ☐ 乳触診+乳房超音波（エコー） 注：婦人科検査の実施可能曜日は、月・火・水・金の週4回となっております。	☐ 乳房診+乳房X線（マンモグラフィ） ☐ 腫瘍マーカー
-------	---	---

受診者連絡先希望順	自 宅 () 携 帯 () 勤務先 ()
受診問診表等郵送先	☐ 現住所へ希望 ☐ 勤務先へ希望 ☐ その他ご指定先へ希望 (〒)

