

■ 社会福祉法人聖霊会 聖霊病院人間ドック申し込み書



ふりがな			
氏名			
郵便番号		生年月日	
住所			
電話番号		※ID番号	

※ID番号は、当院にて受診暦のある方のみご記入下さい。

■ ご希望のコース

①ご希望のコースを人間ドックのご案内を参照のうえお選び頂き、チェックをお願い致します。

- | | | |
|--|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> 人間ドック基本コース | <input type="checkbox"/> 脳ドック単独 | |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック胃透視コース | <input type="checkbox"/> 人間ドック胃カメラコース | (経鼻 ・ 経口) |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック女性胃透視コース | <input type="checkbox"/> 人間ドック女性胃カメラコース | (経鼻 ・ 経口) |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック全身胃透視コース | <input type="checkbox"/> 人間ドック全身胃カメラコース | (経鼻 ・ 経口) |

■ オプション検査をご希望の方

②オプション検査をご希望の方は□にチェックをお願い致します。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 直腸診検査 | <input type="checkbox"/> 肺活量検査 |
| <input type="checkbox"/> 血液型 | <input type="checkbox"/> 血管年齢検査 |
| <input type="checkbox"/> C A19-9精密測定 | <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 |
| <input type="checkbox"/> C E A精密測定 | <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー |
| <input type="checkbox"/> P S A精密測定 | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ |
| <input type="checkbox"/> 胃透視 | <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 |
| <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 | <input type="checkbox"/> 胃カメラ (経鼻 ・ 経口) |
| <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT | ※ 胃カメラで組織検査が必要な場合 (実施する・実施しない) |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 (F T4、 T S H) | |

■ 健診希望日

③健康診断をご希望の日にちをご記入下さい。

第1希望	平成	年	月	日	曜日
第2希望	平成	年	月	日	曜日
第3希望	平成	年	月	日	曜日

■ 検査実施日

	月	火	水	木	金	土	日
人間ドック基本コース	●	●	●	●	●	●	
人間ドック胃透視コース	●	●	●	●	●	●	
人間ドック胃カメラコース	●	●	●	●	●	●	
人間ドック女性胃透視コース	●	●	●	●	●	●	
人間ドック女性胃カメラコース	●	●	●	●	●	●	
人間ドック全身胃透視コース	●	●	●	●	●		
人間ドック全身胃カメラコース	●	●	●	●	●		

◆お問い合わせ

社会福祉法人聖霊会 聖霊病院
 〒466-8633
 名古屋市昭和区川名山町56番地
 (052) 832-1181 (代)
 健康診断担当

(052)832-1281まで FAX送信お願いします