



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、当院にて受診歴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"/> 人間ドック胃カメラコース   | ( 経鼻 ・ 経口 ) |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック胃透視コース   | <input type="checkbox"/> 人間ドック女性胃カメラコース | ( 経鼻 ・ 経口 ) |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック女性胃透視コース | <input type="checkbox"/> 人間ドック全身胃カメラコース | ( 経鼻 ・ 経口 ) |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック全身胃透視コース | <input type="checkbox"/> 大腸ドック          |             |
| <input type="checkbox"/> 脳ドック単独        |   |             |

■ 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"/> 骨密度        |
| <input type="checkbox"/> 血液型                      | <input type="checkbox"/> 血管年齢検査           | <input type="checkbox"/> 心不全マーカー    |
| <input type="checkbox"/> C A 19-9精密測定             | <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査           | <input type="checkbox"/> A B C D 検診 |
| <input type="checkbox"/> C E A 精密測定               | <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー           | <input type="checkbox"/> ストレス検査     |
| <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 C T                 | ※ 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 T 4、 T S H ) |   |                                     |

■ 健診希望日

③健康診断をご希望の日をちをご記入下さい。

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	●	●	●	●	●		
脳ドック	●	●	●	●	●	●	
大腸ドック	●	●	●	●	●	●	

◆お問い合わせ

社会福祉法人聖霊会 聖霊病院  
 〒4 66-8633  
 名古屋市昭和区川名山町56番地  
 (052) 832-1181 (代)  
 健康診断担当