



# 人間ドック申込書



氏名 (ふりがな)	住所	生年月日	性別	電話番号
	〒	T S H	男 女	

予約希望日		
①	②	③
月 日	月 日	月 日

予約確定日(医療機関記入)
月 日 ( )



※希望されるものに○を記入してください

検査コース	しっかり健診コース		トクトク検診コース	
	胃カメラ (追加料金発生)	胃部X線	胃検査なし	胃検査あり (追加料金発生)
胃検査				胃カメラ
				胃部X線
昼食 (無料)	希望する	希望しない	希望する	希望しない

## ◆オプション検査 (別途料金必要)

※希望されるものに○を記入してください

血液検査									便中ピロリ抗原	頸動脈超音波	血圧脈波	骨粗鬆症	脳MRI撮影	内臓脂肪CT	腹部CT	肺がんCT
肝炎ウイルス	甲状腺血液	心臓機能血液	前立腺がん	膵臓がん	肝臓がん	消化器系がん	抗MMP3抗体	抗CYP抗体								

## ◆婦人科オプション検査(別途料金必要)

※希望されるものに○を記入してください

マンモグラフィ (触診なし)	マンモグラフィ (触診なし)	乳腺超音波検査	子宮頸がん検査	卵巣がん検査
1方向	2方向			



「1方向」か「2方向」どちらかをご選択下さい。

「マンモグラフィ」と「乳腺超音波」は両方申込みいただけます。

ご不明な点がございましたら下記までご連絡をお願いします。

瀬戸内市民病院 健康管理センター

TEL 0869-22-1234