

人間ドック予約申込書 (FAX 用)

申込日 平成 年 月 日

ID	※記入不要		
フリガナ	性別		
氏名	男・女		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 () 歳		
住所	〒□□□□-□□□□ TEL () -		
申し込み	個人 (一般)	事業所 (健保組合等)	
		名称	
受診コース	【半日コース】月～金		【1泊2日コース】
	<input type="checkbox"/> 標準基礎コース 39,900 円	<input type="checkbox"/> 標準 CT コース 56,700 円	<input type="checkbox"/> 1泊2日コース 65,730 円 (月～木)
受診希望日	・ 第1希望日 平成 年 月 日 () ・ 第2希望日 平成 年 月 日 () ※ 本日より10日以降の日程でお願いいたします。 ・ 第3希望日 平成 年 月 日 () ◆ご希望の日が定員に達している場合は、別途日程をご案内いたします。		
オプション検査	<input type="checkbox"/> 胸部 CT 検査 (肺がん検診) 40 才以上 10,500 円 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 (胃カメラ) 5,250 円 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検診 5,250 円 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (火曜日)..... 5,250 円 <input type="checkbox"/> 骨密度測定 2,100 円 <input type="checkbox"/> ホルター心電図・睡眠時無呼吸検査 (1泊2日ドックのみ) 17,850 円 【腫瘍マーカー】 <input type="checkbox"/> CEA 1,575 円 <input type="checkbox"/> AFP 1,575 円 <input type="checkbox"/> CA19-9..... 1,995 円 <input type="checkbox"/> PSA 1,890 円 <input type="checkbox"/> CA125 2,100 円		
ご希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 (自宅・勤務先)	TEL () -	
	<input type="checkbox"/> FAX (自宅・勤務先)	FAX () -	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
ご案内送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	住所:

【お問い合わせ】

仙台厚生病院 健康管理センター

TEL (022) 222-6181 内線 255

受付時間: 月曜から金曜 14時～17時迄

FAX (022) 222-6213