FAX:011-214-1573
（天使病院 健診センター直通）

人間ドック（日帰り） 申込書

送信日:　　年　　月　　日

ご 発 信 元	返信先のご指定
お名前:　　様	ＦＡＸ:　　ー　　ー 〔 職場・自宅・その他:　　〕
ＴＥＬ:　　ー　　ー	E-mail: 〔 職場・自宅・その他:　　〕

↑ 日中、ご連絡のつく番号をご記入ください　　↑ いずれか、ご希望の返信先をご記入ください

ご記入のうえ、FAXまたはメールへ添付してお送りください。

本紙を含み　　枚

ふりがな		診察券番号	
氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年　　月　　日生	年齢	歳
現住所	〒 （注）事前に問診表、便検査のキットをお送りします。上記以外への送付をご希望の場合は『ご連絡事項など』欄へご記入ください。		

オプション

胃カメラ（口から）が標準設定です。

胃カメラ（鼻から）または胃レントゲン検査（バリウム）をご希望の場合はチェックしてください。

- ☐ 胃カメラ(鼻から)を希望
- ☐ 胃レントゲン検査（バリウム）を希望

ご希望の追加検査があれば選択してください。

乳がん検診
- ☐ マンモグラフィーのみ
- ☐ 乳腺エコーのみ
- ☐ マンモグラフィー＋乳腺エコー

子宮がん検診
- ☐ 頸部のみ
- ☐ 頸部＋経腟エコー
- ☐ 頸部＋体部（経腟エコーを含む）

認知症予防のための検査
- ☐ MCIスクリーニング検査
- ☐ APOE遺伝子検査

その他
- ☐ 内臓脂肪測定（メタボチェック）
- ☐ 骨密度測定（骨粗鬆症チェック）
- ☐ 前立腺がん検査（PSA）

希望日

〈注〉2週間以上（子宮がん検診をご希望の場合は1ヶ月以上）の余裕を持った日程をご記入ください。

第１希望日	年　　月　　日（　　）	の午前中
第２希望日	年　　月　　日（　　）	
第３希望日	年　　月　　日（　　）	

ご連絡事項など

※送付先が現住所と異なる場合は、送付先住所をここへご記入ください。