

人間ドック 申込書

ふりがな			
氏名			
生年月日	大・昭・平	年	月 日(満 歳) 男・女
住所	〒 -		
電話番号	()	—	
他の連絡先	()	—	
人間ドックの種類	ご希望のコースに○をして下さい		
	<input type="checkbox"/>	人間ドックA	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	人間ドックB	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	人間ドックC	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	人間ドックD	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	生活習慣病健診	<input type="checkbox"/>
オプション検査	上記コースに加えてオプション検査を希望される場合、○をしてください。		
	女性のみ	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(マンモグラフィ)
		<input type="checkbox"/>	乳がん検査(エコー)
		<input type="checkbox"/>	子宮がん検査
	男性のみ	<input type="checkbox"/>	PSA検査
	共通	<input type="checkbox"/>	HCV抗体
		<input type="checkbox"/>	感染症セット検査(HBs抗原、HCV抗体、TPHA、RPR)
	単独健診	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(マンモグラフィ)
		<input type="checkbox"/>	乳がん検査(エコー)
		<input type="checkbox"/>	子宮がん検査
希望日	月	日	曜日 (希望がなければ空白としてください)
健康保険証の内容	政府管掌 ・ 組合保険 ・ 共済組合 ・ 国保 ・ その他 保険者番号() 本人・家族 事業所名 事業所住所 事業所電話番号		
受診歴	近江八幡市立総合医療センターを受診したことがありますか？ 有 ・ 無 * 有の方は診察券番号を記入ください () - () - ()		

近江八幡市立総合医療センター
健診センター

直通電話 (0748)31-1206
直通FAX (0748)31-1207