



〒710-0056 倉敷市鶴形1-11-11

フリガナ		性別
お名前		男 ・ 女
生年月日	西 昭 平 年 月 日	診察券番号 (受診者ID)
ご住所	〒	
電話番号		携帯電話番号

◆初めての方や保険証に変更のある方はご記入ください

◆保険者名称	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ (全国健康保険協会) <input type="checkbox"/> 本人 (被保険者)
	<input type="checkbox"/> () 国保・健保・共済 <input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)

◆事業所名 (会社名)

◆保険証番号 保険者番号： 記号： 番号：

受診希望日	第1希望	第2希望	<input type="checkbox"/> 前回と同じコース希望
	月 日 曜日	月 日 曜日	

健診内容	●健診コース	●協会けんぽ	●専門ドック
	<input type="checkbox"/> 宿泊ドック	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> PET-CT
	<input type="checkbox"/> 日帰りドック	<input type="checkbox"/> 付加健診	<input type="checkbox"/> 脳ドック
	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診		<input type="checkbox"/> 心臓ドック
	<input type="checkbox"/> 婦人科健診		<input type="checkbox"/> 膵臓ドック
	<input type="checkbox"/> 定期健康診断		<input type="checkbox"/> 肺がんドック

胃検査 胃検査なし 胃カメラ (経口) 胃カメラ (経鼻)

オプション検査 *ご希望のオプションへチェックを入れてください

- ※PET-CT (日帰りコースと同日実施はできません)
- 脳MRI・MRA
- 頭部の健康チェック
- ロックスインデックス (血液検査)
- 頸動脈超音波
- 動脈硬化検査 (CAVI・ABI)
- ※プレミアム心臓検診 (心臓MRI・心臓CT・心臓エコー)
- ※心臓検診 (心臓CT・心臓エコー)
- BNP (血液検査)
- ※大腸カメラ (日帰りコースと同日実施はできません)
- ※大腸CT (他のコースと同日実施はできません)
- 膵臓MRI・MRCP
- 上腹部超音波
- 胃がんリスク層別化検査・ABC分類 (血液検査)
- 肝線維化マーカー (血液検査)
- 肺CT
- 喀痰細胞診検査
- 甲状腺超音波
- 甲状腺機能検査 (TSH/血液検査)
- サインポスト遺伝子検査 (血液検査)
- アレルギー検査 (血液検査)
- 睡眠時無呼吸検査
- 視野スクリーニング
- 体組成検査
- 内臓脂肪CT
- 骨密度検査 (DEXA)
- ※土曜日には実施できない検査

- 【腫瘍マーカー】 (血液検査)
- CEA
 - AFP
 - CA19-9
 - PSA
 - CA125

- 【子宮がん検査】
- 婦人科MRI検査
 - 子宮がん
 - 子宮がん+ヒトパピローマウィルス検査

- 【乳がん検査】
- マンモグラフィ
 - 乳腺超音波

※備考

●検査によって予約枠に限りがあるものもございます
お申込み、変更はお早めをお願い致します