



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のご記入ください

◆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"/> 脾臓ドック
	<input type="checkbox"/> 定期健康診断		<input type="checkbox"/> 肺がんドック

胃検査	<input type="checkbox"/> 胃検査なし	<input type="checkbox"/> 胃カメラ (経口)
	<input type="checkbox"/> 胃レントゲン	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> ※PET-CT (日帰りコースと同日実施はできません)	<input type="checkbox"/> 骨密度検査 (DEXA)
<input type="checkbox"/> 脳MRI・MRA	<input type="checkbox"/> ※歩行年齢
<input type="checkbox"/> 頭の健康チェック	<input type="checkbox"/> ※歯周病検査
<input type="checkbox"/> ロックスインデックス (血液検査)	<input type="checkbox"/> ※口腔がん検診 (月・水午前のみ)
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	<input type="checkbox"/> 腸内フローラ (便検査)
<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査 (CAVI・ABI)	<input type="checkbox"/> エクオール (尿検査)
<input type="checkbox"/> ※プレミアム心臓検診 (心臓MRI・心臓CT・心臓エコー)	<input type="checkbox"/> 【腫瘍マーカー】 (血液検査)
<input type="checkbox"/> ※心臓検診 (心臓CT・心臓エコー)	<input type="checkbox"/> CEA
<input type="checkbox"/> BNP (血液検査)	<input type="checkbox"/> AFP
<input type="checkbox"/> ※大腸カメラ (日帰りコースと同日実施はできません)	<input type="checkbox"/> CA19-9
<input type="checkbox"/> ※大腸CT (他のコースと同日実施はできません)	<input type="checkbox"/> PSA
<input type="checkbox"/> 脾臓MRI・MRCP	<input type="checkbox"/> CA125
<input type="checkbox"/> 上腹部超音波	<input type="checkbox"/> 【子宮がん検査】
<input type="checkbox"/> 胃がんリスク層別化検査・ABC分類 (血液検査)	<input type="checkbox"/> 婦人科MRI検査
<input type="checkbox"/> 肝線維化マーカー (血液検査)	<input type="checkbox"/> 子宮がん
<input type="checkbox"/> 肺CT	<input type="checkbox"/> 子宮がん+ヒトパピローマウイルス検査
<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診検査	<input type="checkbox"/> 【乳がん検査】
<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 (TSH/血液検査)	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波
<input type="checkbox"/> サインポスト遺伝子検査 (血液検査)	
<input type="checkbox"/> ジェノプラン遺伝子検査 (血液検査)	
<input type="checkbox"/> アレルギー検査 (血液検査)	
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査	
<input type="checkbox"/> 視野スクリーニング	
<input type="checkbox"/> 体組成検査	
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT	

●詳細はパンフレット・ホームページをご覧ください

※土曜日には実施できない検査

※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