

健診・ドック 予約申込書

【宛先】大隈病院 健診・ドック

【FAX】052-991-2113

この度は、当院の健康診断をご利用いただきありがとうございます！
お申し込みは、必要事項を記入の上、FAXしてください。後ほど、担当者より予約確定のお電話を致します。ご不明な点は、お気軽にお電話ください。

ご記入日： 年 月 日 ↓わかればご記入ください

ふりがな 氏名		男 女	患者番号：
		大正 昭和 平成	年 月 日
ご住所 〒			
* 予約確定後、事前に郵送物がある場合はこちらのご住所にお送ります			
電話番号	自宅 その他	携帯	
お勤め先など (*)			
健康保険組合 (*)			

(*) 企業健診や健康保険組合の補助金等をご利用される場合は必ずご記入ください

★お申し込み希望のコース (✓を入れてください) * 祝日は営業していません

人間ドック (午前のみ)	健康診断 (月～土)
<input type="checkbox"/> バリウムコース (月～土) <input type="checkbox"/> 胃カメラコース (月～金・第2・4土)	<input type="checkbox"/> 血液検査なし <input type="checkbox"/> 血液検査あり (内容詳細) わかる範囲でご記入ください
脳ドック (火・金)	
<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース	
名古屋市委託健診 (月～土)	
<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 (バリウム) <input type="checkbox"/> 胃がん検診 (カメラ※) <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 風疹抗体検査	

★希望日 * 祝日は営業していません
時間はこちらからご案内致します。

第一希望	第二希望	第三希望
------	------	------

★胃カメラご予約の方は下記の質問にお答えください。

<input type="checkbox"/> 現在、飲んでいる薬	<input type="checkbox"/> 血液をさらさらにする薬 【	】
	<input type="checkbox"/> 糖尿病の薬	【
	<input type="checkbox"/> その他 【	】
<input type="checkbox"/> カメラの挿入場所の希望 (クチからかハナからか)	<input type="checkbox"/> クチ	<input type="checkbox"/> ハナ
<input type="checkbox"/> ピロリ菌のチェックの希望	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
*ピロリ菌感染の疑いがある場合に実施し、保険適応で約1700円程(3割負担)の費用が発生します		

ご要望・ご質問があればご記入くだ

名古屋市北区大曾根二丁目9番34号
大隈病院
健診・ドック
TEL: 052-991-2111
*土曜午後・日・祝日はお休みです