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 大正　昭和　平成　　年　　月　　日	患者番号：
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　　携帯 その他			
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）　＊祝日は営業しておりません

人間ドック（午前のみ）	健康診断（月～土）
□　バリウムコース　（月～土） □　胃カメラコース（月・水・金）	□　血液検査なし　□　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）	
□　Aコース　　□　Bコース □　Cコース	

名古屋市委託健診　（月～土）

□　特定健診	□　胃がん検診（バリウム）	□　胃がん検診（カメラ※）
□　大腸がん検診	□　肺がん検診	□　前立腺がん検診
□　骨粗しょう症検診	□　B型・C型肝炎ウイルス検査	□　風疹抗体検査

★希望日　＊祝日は営業しておりません
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。

・現在、飲んでいる薬　　□　血液をさらさらにする薬【　　】
　　□　糖尿病の薬　　【　　】
　　□　その他　【　　】

・カメラの挿入場所の希望（クチからかハナからか）　　□　クチ　　□　ハナ

・ピロリ菌のチェックの希望　　□　あり　　□　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

名古屋市北区大曽根二丁目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