



フリガナ			
氏名			
郵便番号		生年月日	
住所			
電話番号		※ID番号	

※ID番号は、当院にて受診歴のある方のみご記入下さい。

■ ご希望のコース

①ご希望のコースを人間ドックのご案内を参照のうえお選び頂き、チェックをお願い致します。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 人間ドック基本コース | <input type="checkbox"/> 脳ドック単独 |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック胃透視コース | <input type="checkbox"/> 人間ドック胃カメラコース (経鼻 ・ 経口) |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック女性胃透視コース | <input type="checkbox"/> 人間ドック女性胃カメラコース (経鼻 ・ 経口) |
| <input type="checkbox"/> 人間ドック全身胃透視コース | <input type="checkbox"/> 人間ドック全身胃カメラコース (経鼻 ・ 経口) |

■ オプション検査をご希望の方

②オプション検査をご希望の方は□にチェックをお願い致します。

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 直腸診検査 | <input type="checkbox"/> 肺活量検査 | <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 |
| <input type="checkbox"/> 血液型 | <input type="checkbox"/> 血管年齢検査 | <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査 |
| <input type="checkbox"/> C A19-9精密測定 | <input type="checkbox"/> 骨密度検査 | <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT |
| <input type="checkbox"/> C E A精密測定 | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ | <input type="checkbox"/> 胸部CT |
| <input type="checkbox"/> P S A精密測定 | <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 | |
| <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 | <input type="checkbox"/> 胃透視 | |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 (FT4、TSH) | <input type="checkbox"/> 胃カメラ (経鼻 ・ 経口) | |
| <input type="checkbox"/> 心不全マーカー (NT-proBNP) | ※ 胃カメラで組織検査が必要な場合 (実施する・実施しない) | |

■ 健診希望日

③健康診断をご希望のお日にちをご記入下さい。

第1希望	年	月	日	曜日
第2希望	年	月	日	曜日
第3希望	年	月	日	曜日

* 健診実施日 *

	月	火	水	木	金	土	日
人間ドック基本コース	●	●	●	●	●	●	
人間ドック胃透視コース	●	●	●	●	●	●	
人間ドック胃カメラコース	●	●	●	●	●		
人間ドック女性胃透視コース	●	●	●	●	●	●	
人間ドック女性胃カメラコース	●	●	●	●	●		
人間ドック全身胃透視コース	●	●	●	●	●		
人間ドック全身胃カメラコース	●	●	●	●	●		
脳ドック	●	●	●	●	●	●	

* お問い合わせ *

社会福祉法人聖霊会 聖霊病院
 〒466-8633
 名古屋市昭和区川名山町56番地
 TEL (052) 832-1181 (代表)
 【お問い合わせ受付時間】
 月～金 10:00～16:00
 土(第2、4) 10:00～11:30
 健診係

(052) 832-1281まで FAX送信お願いします