



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"/> 血液型                 | <input type="checkbox"/> 肺活量検査        | <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査  |
| <input type="checkbox"/> CA19-9精密測定          | <input type="checkbox"/> 血管年齢検査       | <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査 |
| <input type="checkbox"/> CEA精密測定             | <input type="checkbox"/> 骨密度検査        | <input type="checkbox"/> 乳腺エコー検査  |
| <input type="checkbox"/> PSA精密測定             | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ      | <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT   |
| <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査              | <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診      | <input type="checkbox"/> 胸部CT     |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 (FT4、TSH)   | <input type="checkbox"/> 胃透視          |                                   |
| <input type="checkbox"/> 心不全マーカー (NT-proBNP) | <input type="checkbox"/> 胃カメラ (経鼻・経口) |                                   |

※ 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