

健康診断申込書

当院にて健康診断をお申込みいただき誠にありがとうございます。

下記の**太枠内**を全て記入していただきますようお願い致します。

◎ご希望の健診内容をお選びください

申込日：令和 年 月 日

健診内容	オプション検査
<input type="checkbox"/> 1日人間ドック (火・水・木)	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> HCV抗体 <input type="checkbox"/> HBs抗体 <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 ※HCV抗体…C型肝炎の抗体を調べる検査 HBs抗原…B型肝炎に現在感染しているか調べる検査 HBs抗体…B型肝炎の抗体を調べる検査
<input type="checkbox"/> 半日人間ドック	<input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診
<input type="checkbox"/> 脳ドック (月・水～金)	
<input type="checkbox"/> 雇入れ時健診 (43条)	
<input type="checkbox"/> がんスクリーニング [®] AICS	

受診日：令和 年 月 日

フリガナ		性 別
氏 名		男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)	
健診キット/ 結果票送付先	〒 —	※アパート・マンション名・部屋番号まで正しくご記入ください
連絡先	自宅 () — 携帯 — —	※病院からの問合せ・連絡については、【 自宅 ・ 携帯 】を希望
勤務先		
支払方法	<input type="checkbox"/> 当日支払い <input type="checkbox"/> 会社請求 (後日、結果票送付先に請求書を郵送します)	

受付者名	
------	--

北上済生会病院

TEL: 0197-64-7722 (内線: 1720)

FAX: 0197-65-6134

保健予防センター