

人間ドック申込書(Cコース)

[当院使用欄]

- カルテ
- キット(/)
- 健診システム

*欄は、領収書名=個人名の方はご記入頂かなくて結構です 申込日 / 年 月 日

*会社名 (請求先)			担当者	部署名 氏名
*所在地	〒			
*TEL番号			FAX番号	
案内書 (検査キット)	送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人	検査結果 送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人
お支払方法	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> <u>窓口払い</u>	⇒ 窓口払いの方 領収書の宛名	<input type="checkbox"/> 会社名 <input type="checkbox"/> 個人名

フリガナ		男 女	生年月日	受診日
受診者名 ①		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	年 月 日 (才)	月 日 :
現住所 (連絡先)	〒		TEL番号	
その他:	★選択して下さい <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胃バリウム			
フリガナ		男 女	生年月日	受診日
受診者名 ②		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	年 月 日 (才)	月 日 :
現住所 (連絡先)	〒		TEL番号	
その他:	★選択して下さい <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胃バリウム			

◎胃内視鏡検査中にピロリ菌検査の必要を認めた際、別途検査料(必要な場合は病理組織検査料)がかかります。

- ★オプション項目 ・希望項目にチェックして下さい。(費用はオプション一覧表でご確認下さい)
 ・下記以外の検査もご用意しております。お気軽にご相談下さい。

		受診者名	①	②
腫瘍 マ ー カ ー	膵臓癌	CA19-9		
	肝臓癌	PIVKA-II		
	前立腺癌	PSA		
	乳 癌	CA15-3		
	卵巣癌	CA125		

		受診者名	①	②
	英文結果			
	便虫卵			
	HA抗体			
	甲状腺セット			

⇒ お名前のローマ字表記をご記入下さい
 ①
 ②

医療法人社団TCJ トラベルクリニック新横浜
 TEL: 045-470-1011 FAX: 045-470-1012