

一般社団法人 練馬区医師会 医療健診センター 人間ドック申込書

この度は練馬区医師会医療健診センターの人間ドックをご利用いただき、ありがとうございます。

枠内に楷書でご記入いただき、FAXでお申し込みください。 申込日： 年 月 日

氏名 ・ ファミリーパックの 加入の有無	フリガナ		性別 男・女
	<input type="checkbox"/> ファミリーパック加入なし <input type="checkbox"/> ファミリーパック加入あり(会員本人) <input type="checkbox"/> ファミリーパック加入あり(家族会員) <small>※ファミリーパックとは(一社)練馬区産業振興公社が実施している勤労者福祉サービスです</small>		
生年月日	年 月 日生	電話番号	(日中つながりやすい電話番号) 自宅・携帯
住所	〒		
前回受診時 との変更点	<input type="checkbox"/> 住所変更→旧住所をお知らせください (記入欄) <input type="checkbox"/> 氏名変更→旧姓をお知らせください <input type="checkbox"/> 変更なし		
医療健診センター 利用歴	<input type="checkbox"/> 過去に利用したことはない <input type="checkbox"/> 区民健診・がん検診 <input type="checkbox"/> 人間ドック・個人で受ける健康診断 <input type="checkbox"/> 勤務先の健診 (ご勤務先名)		

以下、ご希望のコース・オプションをお選びください。

各ドック・検査は指定曜日の一部の日程で実施しています。お電話で実施日の決定をさせていただきます。

<input type="checkbox"/> スタンダード ドック ↓ 火・木・金・土曜日 の午前中のみ実施 (上記曜日で不定期実施 となります)	選択項目 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲンを肺がんドック (胸部CT+喀痰) に変更 <input type="checkbox"/> バリウム検査を胃内視鏡検査に変更 → <input type="checkbox"/> 経口希望・ <input type="checkbox"/> 経鼻希望 <input type="checkbox"/> 胃部レントゲン (バリウム検査) をキャンセル
	ご希望の方は 追加オプションをお選びください <input type="checkbox"/> 骨密度検査 (DXA法) <input type="checkbox"/> ムンプス抗体検査 <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査 <input type="checkbox"/> 水痘・帯状ヘルペス抗体検査 <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> ABC検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 風疹抗体検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺検査 <input type="checkbox"/> 麻疹抗体検査
<input type="checkbox"/> 単独ドック	<input type="checkbox"/> 肺がんドック (胸部CT+喀痰細胞診) <input type="checkbox"/> 乳がんドック (乳房超音波+マンモグラフィ検査) <input type="checkbox"/> 脳MRドック (MRI+MRA検査)

お送り頂いてから、1週間以内に
折り返しご連絡を差し上げます。
連絡がない場合は、
恐れ入りますがご連絡ください。



一般社団法人 練馬区医師会医療健診センター
電話 03-3997-6934
平日午前9時～午後5時 (土曜日は正午まで)
日曜・祝日・年末年始を除く

FAX 03-3997-6063