

人間ドック健診申込書

個人用

事業所・共済組合・健保組合等で申込される方は別用紙になります。

当センターにお申込みいただきまして誠にありがとうございます。
必要事項をご記入のうえFAXまたは郵便にて返送してください。

お申し込みは大変混み合いますのでお早目のご連絡をお勧めします。

※ 申込書が届き次第、ご連絡させていただきます。連絡先

(お手数ですがアパート名、部屋番号まで記入してください。)

住所 〒 _____ TEL _____
FAX _____

①	フリガナ		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年齢	歳
	氏名							
保険者番号			記号			番号		
②	フリガナ		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年齢	歳
	氏名							
保険者番号			記号			番号		

※ご夫婦で申し込みされる場合、コース料金が5%割引となります。

〈申込コース〉

ご希望のコースに○印を記入してください。

コース	①		②	
	基本	女性セット	基本	女性セット
一日ドック 簡易コース				
一日ドック 標準コース				
※二日ドック 宿泊なし				
※二日ドック 宿泊あり				

〈健診希望日〉

第三希望日まで記入してください。

	①	②
第一希望日		
第二希望日		
第三希望日		

※二日ドックをご希望の方で、糖尿病の治療中又は管理中の方は糖負荷試験を受診できませんのでご了承ください。

〈オプション検査〉 ご希望の項目に○印を記入してください。

追加可能 コース	簡易 コース	簡易 標準	すべてのコース													二日 コース			
			腫瘍マーカー					血液検査											
			CEA	CA19-9	AFP	CA125 (女性のみ)	★SCC	ペプシノゲン	ヘリコバクター ピロリ抗体	★胃がん リスク検査	心機能 NT-Pro BNP	★ロックス インデックス	★唾液 検査	★体組成	内臓脂肪 測定		※心臓 超音波 検査	※胃内 視鏡 検査	骨密度 検査 (男性のみ)
①																			
②																			

〈特定健診〉

※特定受診券をお持ちの方、健保組合等に結果を提出される方は必要になります。

1	必要
2	不要

〈支払い方法〉

1	当日払い
2	後日振込

※実施日程をご確認ください。実施人数に制限があります。

※★印はR3年度からの新規オプションです。

※血液流動性検査は検査材料の生産中止に伴い、R3年度から中止となりました。

〈備考〉

〈お申込み・お問い合わせ先

公益財団法人 青森県総合健診センター
附属 あおもり人間ドックセンター

ドック健診係まで

〒030-0962 青森市佃二丁目19番12号

TEL: 017-765-2570 (直通) FAX: 017-765-2580 (直通)

※健診等に関わる個人情報について、疫学予防研究、疫学的調査研究の目的に限り使用させていただくことがあります。個人情報の保護については十分配慮いたしますので予めご了承ください。