

【FAX予約申込書】

送信先 F A X No : **03-5791-6304**

(北里大学北里研究所病院 予防医学センター宛)

* 太枠内をご記入ください。

登録番号 (ID)	▼当院を受診されたことがある方はご記入ください。			会社名称(所属部署含む)又は健康保険組合名称			
※この(太枠)欄は健康保険証を参照しながらご記入ください。							
保険証	保険者番号	記号	番号	区分 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	資格取得年月日 年 月 日		
フリガナ				性別	食物アレルギー: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(あるに☑の方は種類を記入ください)		
生年月日	西暦	年	月	日			
現住所	〒 -						
電話番号	()		F A X 番号	()			
受診 希望日	第1希望	年	月	日	(注1)オプション検査のご選択によっては、ご予約出来ない場合がありますので、第3希望まで候補日の記入をお願い致します。 (注2)コロナウイルス感染予防対策実施期間(終了時期未定)は、コース検査の(肺活量検査、検査結果説明)及びお食事のご提供は中止させていただきます。		
	第2希望	年	月	日			
	第3希望	年	月	日			
希望する項目に☑をして下さい							
コース	<input type="checkbox"/> 日帰りドック <input type="checkbox"/> 1泊ドック <input type="checkbox"/> その他[]						
	胃検査選択(<input type="checkbox"/> バリウム ・ <input type="checkbox"/> 胃カメラ[<input type="checkbox"/> 経鼻 / <input type="checkbox"/> 鎮静剤] ・ <input type="checkbox"/> 胃検査なし) ※胃カメラ選択の際、当日組織検査を施行された場合、保険診療として別途料金が発生致します。						
【オプション検査】 (検査項目及び料金詳細は、当院ホームページにてご確認ください)							
<input type="checkbox"/>	脳MRI・MRA	<input type="checkbox"/>	乳腺I-	<input type="checkbox"/>	甲状腺採血	<input type="checkbox"/>	アレルギー検査(39項目)
<input type="checkbox"/>	胸部CT	<input type="checkbox"/>	マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	BNP	<input type="checkbox"/>	胃がんABC
<input type="checkbox"/>	腹部CT	<input type="checkbox"/>	骨密度	<input type="checkbox"/>	CA19-9	<input type="checkbox"/>	ヒ°抗体
<input type="checkbox"/>	頸動脈I-	<input type="checkbox"/>	甲状腺I-	<input type="checkbox"/>	α-フェト°蛋白(AFP)	<input type="checkbox"/>	HPV (子宮頸がん選択時対象検査)
<input type="checkbox"/>	心I-	<input type="checkbox"/>	脈波	<input type="checkbox"/>	PSA	<input type="checkbox"/>	ア°体°初°(LA) (49歳以下選択検査(50歳以上はI-に含む))
【セット検査】							
<input type="checkbox"/>	脳検査:	[脳MRI・MRA / 頸動脈I-]					
<input type="checkbox"/>	心臓検査:	[心I- / 頸動脈I- / 脈波 / BNP]					
<input type="checkbox"/>	胸腹部CT検査:	[胸部CT / 腹部CT]					
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検査:	[子宮頸部細胞診 / 経膈I- / 内診]					
<input type="checkbox"/>	乳がん検査:	[乳腺I- / マンモグラフィ]					
<input type="checkbox"/>	甲状腺検査:	[甲状腺I- / 甲状腺採血]					
【1泊I-選択時対象検査】 <input type="checkbox"/> 大腸鏡 [<input type="checkbox"/> 鎮静剤] <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸スクリーニング							

▼必要事項をご記入のうえ、F A Xしてください。

▼お申し込み受付後、下記の事務局確認欄に決定日を記入しFAXにて返信させていただきます。

事務局確認欄

担当者印

予約 確定日		備考欄	
-----------	--	-----	--