

人間ドックお申込日(FAX発信日): 年 月 日お申込

FAX 03-3474-1355

(公財)河野臨床医学研究所 附属

北品川クリニック

人間ドックFAX申込書

下記の必要事項をご記入の上、FAXをしてください。(電話でのご予約も承っております。)

【FAX送信だけでは予約は完了しておりません】

FAX着信後、当クリニックより確認の連絡をいたします。
尚、FAX申込書送信後、3営業日以上経過しても当クリニックから連絡がない場合は、
FAX不着等も考えられますので、お手数ですが、下記までお電話をくださいますようお願いいたします。

※□は該当するものをチェックしてください

受診希望日時	第一希望	第二希望	第三希望
	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
	8時台 9時 指定なし	8時台 9時 指定なし	8時台 9時 指定なし
※ご希望の時間を○で囲んでください。 尚、空き状況などにより、日程の変更をお願いする場合がございますのでご了承ください。			
ご希望コース	□ 日帰り人間ドック □ 一泊人間ドック		当クリニック受診歴 □ 無 □ 有
フリガナ			性別 □ 男性 □ 女性
漢字氏名			生年月日(西暦) 年 月 日(歳)
所属	勤務先名:	健保加入	□ 本人 □ 家族
	健康保険組合名:	ご希望の連絡先	勤務先 - -
住所	〒		自宅 - -
			携帯 - -
オプション検査 ご希望があれば追加で検査できます	◆子宮と乳房検査は火・水・金実施(女性スタッフのみ対応)		FAX番号 □ 自宅 □ 勤務先
	◆胃内視鏡は火・水・金・土実施		
	◆MRI/MRAは木曜日を除く月～土実施		- -
	◆頸動脈エコーは月・水・木のみ実施		- -
	子宮頸部がん検査	□ 子宮頸部内診・細胞診	
	乳がん検査	□ 乳房触診 □ 乳房超音波 □ 乳房マンモグラフィ	
	胃部検査	□ 胃内視鏡 □ ペプシンogen、ヘリコバクター・ヒロリ抗体	
	腫瘍マーカー検査	□ 多臓器腫瘍マーカー(AFP,CEA,CA19-9,PSA(男性),CA125(女性))	
	肺がん検査	□ 胸部ヘリカルCT □ 喀痰検査	
頭部検査	□ 頭部MRI/MRA □ 頭部MRIのみ □ 頭部MRAのみ		
動脈硬化検査	□ 動脈硬化度測定検査(CAVI,ABI) □ 頸動脈エコー		
骨量検査	□ 骨密度検査(超音波)		
◎ご質問ご要望などはこちらにご記入ください			

【お問合せ先】

北品川クリニック 予約係 TEL:03-6433-3273(予約専用ダイヤル) FAX:03-3474-1355