

[個人]

日帰り(+脳)ドック申込書

●下記太枠の中の必要事項をご記入ください

申込日	年 月 日	当院受診歴: なし ・ あり → ID:		
フリガナ 氏名	性別 様	生年月日	年齢 歳	
住所				電話番号
保険区分	<input type="checkbox"/> 国保(軽井沢・町外) <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済			

【ドック希望コース】 ※どちらかを選択	<input type="checkbox"/> 日帰りドック <input type="checkbox"/> 日帰り+脳ドック ★脳ドック:脳外科医師による診察・結果説明希望の有無[別途7,000円] <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり [No:10200] ※ドック受診日と別日でのご案内		
	【受診日】	希望月 年 月 日 希望曜日 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日	
【胃部検査希望】 ※有無を選択	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	下記どちらかの検査を選択ください <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃部X線検査(40歳以上の方のみ) ※胃部検査を受診される場合は、ドック受診日の7日前より健康観察チェック(体温測定と自覚症状)をしていただき「健康観察記録表」に記入をしていただきます。	
		<input type="checkbox"/> ドック料金は変わらない旨を承諾します	
【オプション検査】 ※希望の検査の□にチェック	<input type="checkbox"/> 頸部超音波検査 ※脳ドックコースに含まれます <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 ※脳ドックコースに含まれます <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> 肺CT検査 [→ 胸部X線検査の受診確認(□受ける <input type="checkbox"/> 受けない)] <input type="checkbox"/> ピロリ菌血中抗体検査 <input type="checkbox"/> ピロリ菌便中抗原検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー [PSA・CEA・CA-19・CA125・CA15-3・AFP] <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査(TSH・FT4) <input type="checkbox"/> 心疾患リスク検査(BNP) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査(経腔工コ一込) ※検査曜日は金曜日のみ <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 咳痰検査 <input type="checkbox"/> 大腸CTドック ←ドック受診日を含め、2回来院が必要です ※検査日はドック受診日と別日(ドック受診日は問診票確認と検査薬など処方)		
	【食事】	食事 … <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アレルギー記載 ↓ 食物アレルギー … <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ※上記アレルギー以外での食べられない食品の対応はできませんのでご了承ください。	

◆オプション検査などの変更や追加などがありましたら、下記へ連絡を下さいますようお願い致します。
 また、日程の変更およびキャンセルの連絡はなるべく早めにお願いします(人間ドック当日のキャンセルは控えていただきますようお願いします)。
 その他ご不明な点がありましたら、下記へお問い合わせください。

軽井沢町国民健康保険 軽井沢病院 健康管理部
 〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1
 予約専用TEL:0267-46-8470 ※月～金(祝日除く) 14時～16時

病院記入欄		
予約受付(/)	システム登録日(/)	書類送付日 (/)