FAX専用　健診申込書

FAX　097-552-7880

診療所担当	診療所担当
／	／

当診療所は完全予約制となっております。ご予約受理のご案内を後日お電話をさせていただきます。また、日程変更の際はお電話ください。
太字枠内、※は必須ですので、ご記入のうえFAXお願いいたします。

健康保険組合名※				
企　業　名※		コード		
受診者名※	ID番号		保険証　※	本人　・　配偶者（家族）
	カナ※		性　別　※	男　・　女
	氏名※		生年月日※	S　H　・　・
住　所※ （受診書類の送付先）	〒　— TEL　（　）　（　ご自宅　・　会社　）			
ご連絡先※	TEL　—　—　（　ご自宅電話番号　携帯電話番号　会社　）			
健診内容※	宿泊ドック	日帰りドック	成人	主婦
	定期	ヘルスチェックママ	雇入	
	契約No.			
	コースコード			
受診希望日※	月　日　（　曜日）			
受診書類	センター	診療所	送付先	自　宅　　会　社
備　考	受診書類配達希望日※ 月　日			

◇ ご希望オプションに〇をお付けください。

	オプション検査	検査料（税抜）
	CEA検査	1,500円
	CA19-9検査	1,900円
	AFP検査	1,500円
	CA125検査	2,100円
	PSA検査	1,800円
	腫瘍マーカーセット検査（男性）	5,400円
	腫瘍マーカーセット検査（女性）	5,700円
	HCV検査	1,600円
	視触診・マンモグラフィ（2方向4枚撮影）	7,600円
	視触診・乳腺エコー	5,600円
	子宮頸部細胞診	3,000円
	経膣エコー	3,500円
	ピロリ菌検査	2,100円
	骨密度測定検査	1,800円
	動脈硬化検査	1,500円
	腹部エコー	5,500円
	胸部CT検査	10,000円
	頭部CT検査	10,000円
	CTによる内臓脂肪面積計測	3,000円

◇ アンケートにご協力ください

① 以前、受診したことがある。
　はい　・　いいえ

①-1. 以前受診した健診コースは何でしたか？（複数回答可）
1. 宿泊人間ドック
2. 日帰り人間ドック
3. 生活習慣病健診（成人病健診）
4. 主婦健診
5. 一般健診（定期健診）
6. 雇入れ健診
7. その他（　）

② HPをご覧になった感想をお書きください。（要望など）

ご協力ありがとうございました。

（財）西日本産業衛生会　大分労働衛生管理センター