

①～⑤まで記入の上、送信ねがいます。
(健診費用は当日窓口での支払いです)

前橋協立病院 健診室 行
FAX送付先 027-265-5564

人間ドック・申込書

～健診内容・料金をご確認の上、お申込みください～

申込日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

①はじめに *該当する項目に「○印」・「レ点」をご記入ください。

◆群馬中央医療生活協同組合に <input type="checkbox"/> 加入している ・ <input type="checkbox"/> 未加入 ◆	◆当院受診歴: 有 ・ 無
---	---------------

②受診者 *被保険者証をご用意の上、もれなくご記入ください。

保険者番号	保険者名称	保険証記号	保険証番号
フリガナ		性別	被保険者に対する続柄 本人 ・ 家族
受診者氏名		男 ・ 女	
生年月日	西暦・昭和・平成 年 月 日生	日中連絡先 電話番号	— —
自宅	〒	電話	— —
		FAX	— —
健診キット送付先 (自宅以外の場合)	〒		

③受診希望 *ご希望の健診・検査名称に「○印」または「レ点」をご記入ください。

ドックの種類	<input type="checkbox"/> 半日(日帰り)コース <input type="checkbox"/> 通い2日間コース
胃がん検診	<input type="checkbox"/> 胃バリウム検査(体重が130kg以上の方はご利用いただけません) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(血液をサラサラにする薬を服用 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし) ※血液をサラサラにする薬を他院にて2剤処方されている方は検査を受けられません。
直腸肛門診	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
オプション検査 ※別途料金発生	
備考欄	<連絡事項等にご利用ください>

④受診シール併用の場合 *希望される方は「○印」または「レ点」をご記入ください。

前橋市がん検診	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 骨密度検査
---------	--

注意:乳がん検診を希望される場合は「火・水・木」曜日をおすすめしています。

⑤第3希望までご記入ください

希望日	第1希望	第2希望	第3希望
	/	/	/

当院記入欄

確定日	_____ 月 _____ 日 ()
-----	---------------------

当院使用欄

予約日登録	担当	キット発送日	担当	備考

お問い合わせ 健診室 027-265-3511(代) 電話受付 月曜～金曜日(土日祝日除く) 13:30～16:30