

# ドック予約表

ID:

保険証	<input type="checkbox"/> 社保( )	<input type="checkbox"/> 国保( )	<input type="checkbox"/> 共済( )	
コース	<input type="checkbox"/> 基本コース 38,000円	<input type="checkbox"/> 脳ドックコース 33,300円	<input type="checkbox"/> 肺ドックコース 24,500円	<input type="checkbox"/> 婦人科検診コース 5,400円
フリガナ 氏名	男・女		生年月日 T・S・H 年 月 日	
胸部CT	11,700		胃カメラ 0	
肺ドック	17,200		喀痰細胞診 3,100	
脳ドック	27,000		腫瘍マーカー (CEA・α フェト) 3,000	
栄養運動サポート	3,240	<input type="checkbox"/> 運動サポート 1,728円 <input type="checkbox"/> 栄養サポート 1,728円	前立腺検診 (PSA) 1,300	
子宮がん検診 (内診・ 頸部細胞診)	2,700	月・水・金の午後～	膵臓検診 (CA19-9・ エラスターゼ1) 3,100	
乳がん検診 (乳房X線検査・ 乳房触診)	5,500	月・水・金の午後～	肝臓検診 (α フェト・ PIVKA2) 3,000	
内臓脂肪量 (CT)	4,000		胃健診 (ヘプシノーゲン) 2,200	
頸動脈エコー	4,200		骨量検査 (踵骨超音波法) 1,100	
血圧脈波検査 (CAVI)	2,000		甲状腺機能検査 (TSH) 1,300	
健診料金	円(税込)		支払い 当日 後日( )	
受診日	平成 年 月 日( )		時 分～	
資料送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 病院	
自宅住所	〒  TEL: - -			
勤務先 住所	会社名 <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;"> </span>	〒  TEL: - -		
紹介病院	町			
身長 :	cm	体重 :	kg	
		予約画面	資料発送	

# ドック予約表

ID:

保険証	<input type="checkbox"/> 社保( )	<input checked="" type="checkbox"/> 国保( )	<input type="checkbox"/> 共済( )	⇒ ①	
コース	<input checked="" type="checkbox"/> 基本コース 38,000円	<input type="checkbox"/> 脳ドックコース 33,300円	<input type="checkbox"/> 肺ドックコース 24,500円	<input type="checkbox"/> 婦人科検診コース 5,400円	⇒ ②
フリガナ 氏名	ヒロシマ タロウ 広島 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日 T(S)H	45 年 1 月 2 3 日	⇒ ③
胸部CT	11,700	<input checked="" type="checkbox"/>	胃カメラ	0	
肺ドック	17,200		喀痰細胞診	3,100	
<input checked="" type="checkbox"/> 脳ドック	27,000		腫瘍マーカー (CEA・α フト)	3,000	
栄養運動サポート	3,240	<input type="checkbox"/> 運動サポート 1,728円 <input type="checkbox"/> 栄養サポート 1,728円	<input checked="" type="checkbox"/> 前立腺検診 (PSA)	1,300	⇒ ④
子宮がん検診 (内診・ 頸部細胞診)	2,700	月・水・金の午後～	膵臓検診 (CA19-9・ エラスターゼ1)	3,100	
乳がん検診 (乳房X線検査・ 乳房触診)	5,500	月・水・金の午後～	肝臓検診 (α フト・ PIVKA2)	3,000	
内臓脂肪量 (CT)	4,000		胃健診 (ヘブソノゲン)	2,200	
頸動脈エコー	4,200		骨量検査 (踵骨超音波法)	1,100	
血圧脈波検査 (CAVI)	2,000		甲状腺機能検査 (TSH)	1,300	
健診料金	円(税込)		支払い	当日	後日( )
受診日	平成 26 年 4 月 3 日 ( 木 )		時	分～	⇒ ⑤
問診票送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 病院		⇒ ⑥
自宅住所	〒 730-0000 広島市中区千田町〇丁目〇番〇号		TEL: 080 - 1234 - 4567	⇒ ⑦	
勤務先 住所	会社名	〒	TEL: - -	⇒ ⑧	
紹介病院	町				
長: 175.0 cm	体重: 68.0	⇒ ⑨	予約画面	資料発送	

## <ドック予約表の記入方法>

- ①保険証⇒加入されている健康保険組合名にチェックしてください。
- ②コース⇒ご希望のコースにチェックしてください。
- ③氏名・生年月日をご記入ください。
- ④ご希望のオプション検査にチェックしてください。
- ⑤ご希望の受診日をご記入ください。
- ⑥問診票送付先をご記入ください。
- ⑦問診票送付先が自宅の場合⇒自宅の住所・連絡のとれる電話番号をご記入ください。
- ⑧問診票送付先が勤務先の場合⇒勤務先の住所・電話番号をご記入ください。
- ⑨ご受診が初回の方のみ、身長・体重をご記入ください。

◎後日、担当者が確認のお電話をさしあげます。