

# 人間ドック申込書(自費)・シニアドック

国民健康保険ご加入のお客様

- 検査項目 診察・身長・体重・体脂肪・視力・聴力・血圧・尿検査・便潜血検査・血液検査・心電図・胸部X線検査・胃部X線検査・腹部超音波検査・肺機能検査・眼底検査・眼圧検査・B型/C型肝炎検査・梅毒検査・炎症性反応検査・前立腺(PSA)検査[男性のみ]・婦人科検査[女性希望者のみ]
- 検査料金 40,000円(税別) シニアドック：35,000円(税別)
- 申込方法 健診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込ください。[ FAX.03-3873-9170 ]
- 受付時間 第1部：8:00・第2部：10:30 までに女性3F、男性5F健診会場へお越しください。

事業所名

事業所住所 〒  
電話番号

TEL ( )

健康保険証の種類 保険証名称  
事業所記号

事業所のご担当者

\*上記とは別に送付先がございましたら、こちらへご記入ください。

〒

TEL ( )

	フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日	備考
自費		男・女	S・H 年 月 日( 才)	月 日( ) 1部・2部	
自費		男・女	S・H 年 月 日( 才)	月 日( ) 1部・2部	
自費		男・女	S・H 年 月 日( 才)	月 日( ) 1部・2部	
自費		男・女	S・H 年 月 日( 才)	月 日( ) 1部・2部	
自費		男・女	S・H 年 月 日( 才)	月 日( ) 1部・2部	
自費		男・女	S・H 年 月 日( 才)	月 日( ) 1部・2部	
自費		男・女	S・H 年 月 日( 才)	月 日( ) 1部・2部	
自費		男・女	S・H 年 月 日( 才)	月 日( ) 1部・2部	

医療法人社団 せいおう会 鶯谷健診センター TEL.03-3873-9161 FAX.03-3873-9170 <https://www.seiokai.jp>

U G U I S U D A N I M E D I C A L C E N T E R