

医療機関名

坂井市立三国病院 ドック室 宛 FAX0776-82-5770

人間ドック申込書

記入日 年 月 日

受診希望日	令和 年 月 日 ()			
受診者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	M:T:S:H 年 月 日		
	住所	〒		
	電話番号			
ドックの種類	基本コース(ご希望のコースを○で囲んでください) ● 1日ドック ● 2日ドック ● 脳ドック ● 1日ドック+脳ドック ● 2日ドック+脳ドック			
	オプションコース(ご希望のコースを○で囲んでください) ● 子宮がん検査(細胞診) ● 乳がん検査(マンモグラフィ・超音波検査) ● 前立腺がん検査(腫瘍マーカーPSA) ● 骨密度検査 ● 肺がん検査(CT) ● 肺がん検査(喀痰細胞診) ● 動脈硬化検査(頸部エコー) ● 動脈硬化検査(脈波ABI)			
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 社会保険	
当院を受診されたことは (ある ない)				
その他(ご要望などがありましたらご記入ください)				

〒 913-8611

福井県坂井市三国町中央1丁目2番34号
坂井市立三国病院 ドック室

TEL 0776-82-0480(代)