

# 特殊健康診断お申し込みFAX用紙

# FAX : 022-384-5177

受診したい項目 ※チェックマークを付けてください。

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 電離放射線健康診断 | <input type="checkbox"/> 有機溶剤健康診断             |
| <input type="checkbox"/> 鉛健康診断     | <input type="checkbox"/> 特定化学物質健康診断 (エチルベンゼン) |
| <input type="checkbox"/> 石綿健康診断    | <input type="checkbox"/> じん肺健康診断              |

## お客様情報

フリガナ		生年月日	T S H R	年	月	日	性別		
お名前							男・女		
住所	〒		電話番号						
ご希望日	※ご希望日の1週間前までにお申し込みをお願いします。 ※ご希望者が多い場合や、年末年始・お盆・日曜祝日等は、ご希望の日程をお取りできない場合があります。 ご了承ください。								
	第一希望	月	日	第二希望	月	日	第三希望	月	日

健診オプション ※受診したい項目にチェックマークを付けてください。

<input type="checkbox"/> 動脈硬化	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> CEA
	<input type="checkbox"/> 血圧脈波 (PWV/ABI)		<input type="checkbox"/> CA19-9
	<input type="checkbox"/> ホモシスチン		<input type="checkbox"/> PSA (男性)
<hr/>			<input type="checkbox"/> CA125 (女性)
<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診		<input type="checkbox"/> SCC
<hr/>			<input type="checkbox"/> AFP
<input type="checkbox"/> 胃部	<input type="checkbox"/> 血中ピロリ菌抗体	<input type="checkbox"/> アレルギー検査	<input type="checkbox"/> View39
	<input type="checkbox"/> ABC		<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査
	(ピロリ菌抗体+ペプシノーゲン) 検査		<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (HCV 抗体、HBs 抗原・抗体)
<hr/>			<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 腹部超音波		<input type="checkbox"/> 眼底検査
<hr/>			<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群検査 (SAS)
<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 便潜血反応検査 (2回法)		
<hr/>			
<input type="checkbox"/> 膀胱前立腺	<input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺超音波 (PSA 含む)		
<hr/>			
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	<input type="checkbox"/> 骨密度測定		



守健診内科

〒981-1224  
宮城県名取市増田1丁目9-21  
TEL : 022-384-5171  
<https://moriken-naika.com>

健康診断予約受付番号

090-8617-1211