

健康診断・人間ドックのご予約を希望の方は、下記フォームに必要事項を記入し、

FAXで送信してください。 **FAX：06-6953-7006**

診察券No.		ふりがな	
※当院の診察券をお持ちの方のみ		氏名	
生年月日		年齢	
性別	男性・女性		
〒 住所			
Tel緊急連絡先（携帯） ※電話番号は、日中ご連絡のとれる番号をお書きください。			
受診希望日 ※スタンダード脳ドック、認知症ドック、内臓脂肪 コースは365日（日祝含む）受診可能です。 その他のコースは、月曜から土曜でご希望日をご記 入ください。		第1希望： 月 日 第2希望： 月 日 第3希望： 月 日	
希望コース	<input type="checkbox"/> スタンダード脳ドック <input type="checkbox"/> 認知症ドック <input type="checkbox"/> プレミアム脳ドック <input type="checkbox"/> 肺がんドック <input type="checkbox"/> 内臓脂肪ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣ドック <input type="checkbox"/> 胃カメラで行う人間ドック <input type="checkbox"/> 胃カメラで行う人間ドック+脳ドック <input type="checkbox"/> プレミアム人間ドック		
オプション検査	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		
ご質問			