

# 平成29年度千葉市特定検診・ドック申し込み書

①	フリガナ 氏名		
②	生年月日	昭和・平成	年 月 日 生まれ
③	ご住所	〒	
④	電話番号	日中にご連絡のつきやすいお電話番号をご記入下さい。 自宅： ( ) / 携帯電話： ( )	
⑤	受診コース	希望に○	検査コース
			特定健康診査(40歳から74歳まで)
			健康診査(75歳以上)
			肺がん検診
			大腸がん検診
			乳がん検診 ※月・水・土曜(祝日除く・土曜日は第1、3、5のみ実施)
			肝炎検査
			前立腺検診
			骨粗しょう検診
			ピロリ菌検査
			一日ドック(胃部レントゲン) ※水・金曜AMのみ(祝日除く)
			一日ドック(胃・十二指腸内視鏡) (経口・経鼻)どちらかに○をして下さい。 ※火・木曜AMのみ(祝日除く)
	脳ドック (簡易・一般・もの忘れ)どちらかに○をして下さい。 ※脳ドックは検査時間が長い為、検査日と結果診察日を2日に分けて行っております。 簡易脳ドックに関しては、1日で終了可能です。(土曜日のみ) ※木(PM)・金(AM)・土 ⇒ 検査日 ※1・2・4・5週の土曜 ⇒ 結果・診察日		
注) 上記対象コース以外は実施できません。千葉市から送付されている書類をご確認ください。			
乳がん検診・脳ドック以外はすべて“平日”(祝日除)実施となります。			
⑥	希望日時	第1希望 (脳ドック1日目)	平成 年 月 日 (AM・PM 希望)
	※事前にお 送りする書類 等があります ので、1ヶ月以 降の希望日を 書いてくださ い。	第2希望 (脳ドック2日目)	平成 年 月 日 (AM・PM 希望)
		第3希望 (脳ドック2日目)	平成 年 月 日 (AM・PM 希望)

※ 一日人間ドック(胃・十二指腸内視鏡)の予約は2ヶ月以上先になる事があります。

※ 受診券シール、ドック承認通知書のコピーもあわせて送信してください。

※ この申し込み書のみではご予約とはなりませんのでご注意ください。

※ 郵送およびFAXでのお申込みに際しての郵送料や通信費につきましては受診者にてご負担ください。

※ 当クリニックからは到着の連絡はいたしませんので、受診者様にてお問い合わせください。

※ 受診当日は、受診券シール、承認通知書原本と保険証の確認をさせていただきますので、お忘れの無い様にしてください。

お問い合わせ先 ドクターランド幕張 043-351-8555 平日にお問い合わせください