

事業所に所属の方で《扶養、協会けんぽ以外》の保険証をお持ちの方
こちらの予約書③での申込みの方は同じ事業所に所属している方のみになります
※人間ドックコースご希望の場合の支払方法は全額事業所請求もしくは、当日窓口払いになります

③

フリガナ 氏名													性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		健康診断コース										<input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病予防健診 <small>※午後実施 オプション検査によって 午前実施の場合があります</small>										<input type="checkbox"/> 検便希望 <small>(別途料金有)</small>									
受診者番号: <input type="text"/>																																												
生年月日 <small>※2027年4月1日時点の年齢</small>															人間ドックコース										<input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 体組成測定 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT <input type="checkbox"/> 胃部X線(胃バリウム) <input type="checkbox"/> sd-LDLコレステロール										<input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> PSA(男性) <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> CA125(女性)									
西暦 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 歳															標準(胃バリウム)										腫瘍マーカー										<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診+HPV検査 <input type="checkbox"/> 経腔超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳房超音波									
電話番号															標準(胃カメラ*別途料金有)										女性																			
自宅 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>															1日										消化器																			
個人携帯 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>															レディース										オプション検査																			
受診履歴の確認及び日程再通知のショートメール送信の際に必要なためご記入ください															2日										総合										<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所									
希望月 <small>※前回受診日</small> 年 月 日															<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡+胸部CT <input type="checkbox"/> 全大腸CT+胸部CT										<input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA+脳健康度AI解析 <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット+脳健康度AI解析										<input type="checkbox"/> CA19-9+APOA2 <small>アイソフォーム</small> <input type="checkbox"/> 心臓・血管セット <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 人間ドック その他オプション HP									
2026 4 5 6 7 8 9 10 11 12 2027 1 2 3																																												