

# 【予約申込書】

送信先FAXNo: **03-5791-6304**

(北里大学北里研究所病院 予防医学センター行)

\* 太枠内をご記入ください。

登録番号	※当院を受診されたことがある方はご記入ください。			会社名(所属部署含む)	
※この(二重線内)欄は健康保険証を参照しながらご記入ください。					
	保険者番号	記号	番号	該当する方に○をして下さい	資格取得年月日
保険証				本人・家族	昭・平 年 月 日
フリガナ				性別	食物アレルギー: ある・なし
氏名				男・女	※ある方は内容をお知らせください。
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	
現住所	〒				
電話番号	( )		FAX番号	( )	
希望する項目に○をして下さい					
日帰り・1泊		胃検査(バリウム・胃カメラ・なし)			
※胃カメラを選択の場合、差額金額(¥3,240)を頂きます。また、組織検査を施行された場合は、保険診療として別途料金が発生いたします。					
希望日	第1希望:	年	月	日	
	第2希望:	年	月	日	
	第3希望:	年	月	日	
オプション検査 ※オプション料金・詳細は、当院ホームページでもご確認いただけます。					
<input type="checkbox"/> 脳MRI・MRA <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部CT <input type="checkbox"/> 骨強度測定					
<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 脈波 <input type="checkbox"/> BNP					
<input type="checkbox"/> アディポネクチン <input type="checkbox"/> PSA(男性49歳以下)					
<input type="checkbox"/> α-フルクトザミン <input type="checkbox"/> CA19-9      AICS <input type="checkbox"/> 男性5種 <input type="checkbox"/> 女性6種					
婦人科検査(セット料金) ※(1)又は(2)をご選択					
<input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査(培養) [胃内視鏡検査選択対象者]					
内診 子宮経部細胞診 経膈エコー検査					
内診 子宮経部細胞診 経膈エコー検査 HPV(ヒトパピローウイルス)					
<input type="checkbox"/> 胃がんABC検査 <input type="checkbox"/> ピロリ抗体検査					
*以下は1泊コースのみ					
<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸CTC検査 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸スクリーニング検査					

▼必要事項をご記入のうえ、FAXしてください。

▼お申し込み受付後、下記の事務局確認欄に決定日を記入しFAXにて返信させていただきます。

## 事務局確認欄

受診 決定日	受付担当者	備考欄