【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、差額金額が発生いたします。
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。

□脳ＭＲＩ・ＭＲＡ　□胸部ＣＴ　□腹部ＣＴ　□骨強度測定

□心エコー　□頚動脈エコー　□脈波　□ＢＮＰ

□アディポネクチン　□ＰＳＡ（男性４９歳以下）

□αｰﾌｪﾄﾌﾟﾛﾃｲﾝ　□ＣＡ１９－９　□甲状腺採血　□甲状腺エコー

□乳腺エコー

□マンモグラフィー

□ピロリ菌検査（培養）[胃内視鏡検査選択対象者]

□胃がんＡＢＣ検査　□ピロリ抗体検査

婦人科検査（セット料金）※（1）又は（2）をご選択

□（1）
- 内診
- 子宮経部細胞診
- 経膣エコー検査

□（2）
- 内診
- 子宮経部細胞診
- 経膣エコー検査
- ＨＰＶ（ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｨﾙｽ）

＊以下は１泊コースのみ

□大腸内視鏡　□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