

健康診断申込書

ご予約の際は必要事項をご記入のうえ、FAXまたはお電話にてお申込みください

1. ご希望の施設のチェックボックス□にレ印をご記入ください

白石区

健診センターHOROKA

中央区

札幌総合健診センター

札幌市白石区本郷通3丁目南2-13

札幌市中央区南2条西2丁目18-1 NBF札幌南二条ビル7階

TEL 011-862-5088

TEL 011-222-0710

FAX 011-862-5134

FAX 011-210-8348

2. ご受診に際しての必要事項になりますので、下記枠内全てをご記入ください

フリガナ		性別	生年月日	年齢
ご氏名			西暦 年 月 日	歳
ご住所	〒 -	TEL () -		
(ご自宅)		FAX () -		
健康保険証・ 特定健康診査 受診券の内容	保険者名称 _____ 保険者番号 _____ 記号 _____ 番号 _____ 自己負担額 _____ 円 または 自己負担割合 _____ %			

3. 基本検査・オプション検査（レディース検診含む）のご希望の内容に○印をご記入ください

基本検査	<input type="checkbox"/>	特定健康診査・後期高齢者健康診査	<input type="checkbox"/>	特定健診プラス (協会けんぽ加入者のみ)				
	<input type="checkbox"/>	新セレクト	<input type="checkbox"/>	特定健診プラス付加 (協会けんぽ加入者のみ)				
	<input type="checkbox"/>	プレミアム						
	<input type="checkbox"/>	人間ドックススタンダード						
オプション 検査	<input type="checkbox"/>	1	腫瘍マーカー	PSA (男性)前立腺	<input type="checkbox"/>	14	アレルギー検査	アレルギー39
	<input type="checkbox"/>	2		CA125 (女性)主に卵巣	<input type="checkbox"/>	15		鼻炎アレルギーセット
	<input type="checkbox"/>	3		CA15-3 (女性)乳腺	<input type="checkbox"/>	16		成人食物アレルギーセット
	<input type="checkbox"/>	4		CEA 大腸や膵臓などの消化器系や肺	<input type="checkbox"/>	18	MCI (軽度認知障害) スクリーニング検査プラス	
	<input type="checkbox"/>	5		CA19-9 主に膵臓や胆道	<input type="checkbox"/>	12	心臓・動脈硬化検査	NT-proBNP
	<input type="checkbox"/>	6		AFP 主に肝臓	<input type="checkbox"/>	17		LOX-index (ロックスインデックス)
	<input type="checkbox"/>	7		メンズパック	<input type="checkbox"/>	19		頸部超音波検査
	<input type="checkbox"/>	8		レディースパック1	<input type="checkbox"/>	20		眼底検査
	<input type="checkbox"/>	9		レディースパック2	<input type="checkbox"/>	21		腹部超音波検査
	<input type="checkbox"/>	10		ピロリ抗体IgG	<input type="checkbox"/>	22		骨密度検査
	<input type="checkbox"/>	11		ペプシノゲン	<input type="checkbox"/>	23		血圧脈波検査
	<input type="checkbox"/>	13		甲状腺検査	<input type="checkbox"/>	24		遺伝子検査 (生活習慣病予防プログラム)
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	25		内臓脂肪CT 【白石区のみ実施】
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	26		肺がんCT 【白石区のみ実施】
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	27		視野検査 【白石区のみ実施】	
レディース 検診	乳がん検診				子宮がん検診			
	<input type="checkbox"/>	マンモグラフィ検査 (1方向)			<input type="checkbox"/>	★ 問診・内診・子宮頸部の細胞診		
	<input type="checkbox"/>	マンモグラフィ検査 (2方向)			<input type="checkbox"/>	経膈超音波検査 (★の検査と同実施に限る)		
	<input type="checkbox"/>	超音波検査			<input type="checkbox"/>	HPV検査 (★の検査と同実施に限る)		

4. 受診希望日をご記入ください

受診希望日	第1希望日	月 日 ()	第2希望日	月 日 ()
	* 受診希望日が定員に達している場合は、受診日のご相談をさせていただきます * レディース検診の実施曜日は下記となっておりますので、詳細はお問い合わせください			
	■ 検診内容 ■	白石区	中央区	● 中央区のみ ● 毎月第2・4木曜【午前】は女性限定レディースデー
	乳がん検診	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金	
	子宮頸がん検診	月・・・・・金	・・・火・・・木・・・	