

検診申込書

神戸低侵襲がん医療センター 検診センター 宛

FAXの場合 078-304-7782 (番号はおかけ間違いのないようご注意ください。)

郵便の場合 〒650-0046 神戸市中央区港島中町8-5-1

※ご記入欄

各検診コース	がん総合検診プラン <input type="checkbox"/> 標準コース <input type="checkbox"/> 推奨コース <input type="checkbox"/> 特別コース がん個別検診プラン <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 食道・胃・大腸がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん 一般健診プラン <input type="checkbox"/> 一般
オプション	<input type="checkbox"/> PET-CT検査 <input type="checkbox"/> 骨盤MRI検査 <input type="checkbox"/> 頭頸部がん検診(火曜日のみ) <input type="checkbox"/> 頭部MRI検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーAFP(肝がん) <input type="checkbox"/> 膵臓MRCP検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーシフラ(肺がん) ※MRI検査を複数ご希望の場合は通常のスケジュールと異なります。予め、ご了承ください。
希望日	第1希望日 年 月 日 () 曜日 第2希望日 年 月 日 () 曜日 第3希望日 年 月 日 () 曜日 ※2日間コースをお申込みの方は1日目の希望日をご記入ください。
	お申込み希望日がすでに満員の場合がございます。ご了承ください。

フリガナ		性別	生年月日	年齢(満)
氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦	年 月 日	歳
ご住所	〒 -			
第1連絡先電話番号	日中(平日8:30-16:30)連絡可能な番号をご記入下さい		ご本人・ご本人以外()	
第2連絡先電話番号			ご本人・ご本人以外()	
E-mail		勤務先名		
受診歴	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 受診歴あり (診察券番号:)			
検査着サイズ (男女兼用)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL	スリッパサイズ (男女別)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	

●キャンセル及び変更の場合は、所定のキャンセル料が発生いたしますので、ご了承ください
 キャンセル期日とは、当院診察時間内(平日8:30~16:30)にキャンセルをお申し出をいただき、確認したときを基準とします。

【キャンセル料】

※検診日の前日を起算日とします。

15日前まで	14~8日前	7~2日前	前日	当日
無料	検診料金の20%	検診料金の30%	検診料金の50%	検診料金の75%

※必ずご記入してください。

◆糖尿病治療をされていますか。	<input type="checkbox"/> 治療あり	<input type="checkbox"/> 治療なし
※治療ありの場合 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン 薬剤名:		
◆体内に金属がありますか。もしくはペースメーカーの植え込みはありますか。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
※詳細は後日お送りする検診のご案内に記載します。		
◆女性の方のみ: 妊娠をしている(可能性がある)または、現在授乳中である。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし