

長崎県五島中央病院
医事係 健診担当 宛
FAX 0959-74-5788

健診申込書

事業所名:

担当者様氏名:

電話番号:

FAX番号:

No. _____

令和7年度末時点の年齢をご記入ください

	氏名	生年月日	年齢	性別	コース区分 ※1	追加オプション ※2						胃検査方法(A・Bコースのみ) ※3				
						腹部超音波	マンモグラフィ	子宮がん(細胞診)	子宮がん(超音波)	脳MRI	その他	胃透視	胃カメラ			
例	フリガナ ゴビョウ タロウ	昭和 平成	59年 4月 2日	40歳	男	女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	眼底	マンモグラフィ 乳腺エコー	子宮がん 前立腺がん	子宮がん 肺がん セット	脳MRI 梅毒	その他 おすすめセット①	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)
	五病 太郎															
①	フリガナ	昭和 平成	年 月 日	歳	男	女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部超音波	マンモグラフィ	子宮がん(細胞診)	子宮がん(超音波)	脳MRI	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)
								眼底	乳腺エコー	前立腺がん	肺がん セット	梅毒				
②	フリガナ	昭和 平成	年 月 日	歳	男	女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部超音波	マンモグラフィ	子宮がん(細胞診)	子宮がん(超音波)	脳MRI	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)
								眼底	乳腺エコー	前立腺がん	肺がん セット	梅毒				
③	フリガナ	昭和 平成	年 月 日	歳	男	女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部超音波	マンモグラフィ	子宮がん(細胞診)	子宮がん(超音波)	脳MRI	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)
								眼底	乳腺エコー	前立腺がん	肺がん セット	梅毒				
④	フリガナ	昭和 平成	年 月 日	歳	男	女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部超音波	マンモグラフィ	子宮がん(細胞診)	子宮がん(超音波)	脳MRI	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)
								眼底	乳腺エコー	前立腺がん	肺がん セット	梅毒				
⑤	フリガナ	昭和 平成	年 月 日	歳	男	女	ドック: A・B 脳ドック: C 一般健診: D・E	腹部超音波	マンモグラフィ	子宮がん(細胞診)	子宮がん(超音波)	脳MRI	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○をつけてください (経口・経鼻)
								眼底	乳腺エコー	前立腺がん	肺がん セット	梅毒				

※1 「コース区分」は別紙「健診・人間ドック コース一覧」の中から選択してください。

※2 「追加オプション」は別紙「オプション検査一覧」の中から選択してください。

※3 AコースまたはBコースを選択した場合、胃検査方法をお選びください。胃カメラで経口か経鼻の選択がない場合は経口での申し込みとなります。

【連絡事項】