

人間ドック申込書

保 険 者 名 称	ユニマット組合	<input type="checkbox"/>	ふりがな 氏名	性別
	全国健康保険協会	<input type="checkbox"/>		
	国民健康保険	<input type="checkbox"/>	連絡先	
	その他	<input type="checkbox"/>	住所	宮古島市
			生年月日	

< 申込可能な曜日 > 月 ～ 金 (土・日・祝日以外)

< 受付時間 > 8時30分～

< 希望日 (第3希望日までご記入下さい) >

第一希望日	第二希望日	第三希望日

オプション (別料金) の希望がありましたら、「追加」欄にチェックしてください。

☆マークの検査は事前予約が必要になります。

オプション項目	追加
☆大腸カメラ	<input type="checkbox"/>
☆腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>
☆眼底検査、眼圧検査	<input type="checkbox"/>
☆乳腺超音波検査	<input type="checkbox"/>
☆子宮頸部細胞診・経膈エコー・内診	<input type="checkbox"/>
腫瘍マーカー 3項目	<input type="checkbox"/>
HCV抗体	<input type="checkbox"/>
Hbs抗体、HCV抗体	<input type="checkbox"/>

※土・日・祝日は行っておりません。

中村胃腸科内科

Email : kennshindock@nakaicho.com

TEL : 0980-75-3232

FAX : 0980-75-3233