

FAX : 092-739-0212

健診予約申込書

※ 健診を受診されるご本人様についてご記入下さい

フリガナ					
氏名					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別 男・女
住所	〒 - 自宅電話番号 携帯電話番号				

※ 健診希望日・健診コースをご記入下さい

健診希望日	第1希望日	月	日	希望曜日					
	第2希望日	月	日	月	火	水	木	金	土
	第3希望日	月	日	※ 土曜日受診希望の際はお問合せ下さい。					
<input type="checkbox"/> PETドック	PETコースをご希望の方は 右記の質問にお答え下さい。	身長	cm	体重	kg	糖尿病の既往 (有・無)			
<input type="checkbox"/> PETドック オプション	オプション	<input type="checkbox"/> 日帰りドック	<input type="checkbox"/> 脳オプション	<input type="checkbox"/> Lox-index					
	※ 日帰りドック追加時 可能オプション	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 子宮頸癌検査					
<input type="checkbox"/> 日帰りドック	オプション	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 脳オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査				
		<input type="checkbox"/> 子宮頸癌検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺セット	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 (別日)					
		<input type="checkbox"/> 血管セット	<input type="checkbox"/> 肺セット	<input type="checkbox"/> 肝炎セット	<input type="checkbox"/> Lox-index				
<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 雇入時 <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診(協会健保被保険者) <input type="checkbox"/> 成人病								
備考									

※ オプション検査内容等はホームページ上の料金・項目表にてご確認ください。

※ 内容・ご質問等ありましたらお気軽にご相談下さい。

社会医療法人 大成会

福岡記念PET・健診センター

〒810-0054 福岡市中央区今川2丁目16-16

TEL: 092-739-0110

受付時間: 8:30~17:00(月~金)

8:30~12:30(土曜日)

※土曜不定休