

ラジオロジッククリニック扇町ドック申込書

ふりがな			
名前			
ふりがな			
住所	〒		
生年月日	(大・昭・平)	年	月 日 (才)
性別	男 ・ 女	身長	cm 体重 kg
自宅	()	携帯	()
ドック	検査項目に○をご記入ください		
	ベーシック脳ドック ・ スペシャル脳ドック ・ 2人ペアスペシャル脳ドック ものわすれドック ・ 肝臓、胆のう、膵臓ドック ・ 前立腺MRIドック CT肺がんドック ・ 大腸がんドック (大腸3DCT) レディースドックA (骨盤部MRI) レディースドックB (乳腺エコーのみ) レディースドックC (マンモグラフィのみ) レディースドックD (乳腺エコー+マンモグラフィ) プレミアムレディースドック (乳房MRI+乳腺エコー+マンモグラフィ)		
オプション	一般採血検査・腫瘍マーカー(男性・女性)・ ()		
検査日	平成	年	月 日 () AM : ・ PM :

*ご登録いただきました個人情報、プライバシーポリシーに従い、厳重に管理いたします。
 後日あなたの住所やメールアドレス宛てに資料の送付やご案内通知をさせていただきたいと存じます。
 もし、ご同意いただけない場合、下記にチェックをお願いいたします。

同意しない

アンケート

当院を受診されるきっかけは何ですか？

- インターネット
 知人の紹介
 他院からの紹介
 以前他の検査で来院
 雑誌
 その他 ()

★医療機器は、高性能で精密な為、メンテナンスには万全を期しておりますが、安全性が保証できない時は、検査を中止させていただくことが有ります。あらかじめご了承ください。

