

# がん総合ドック 申込書

大阪南医療センター

※太枠内を全て記入してください。

申込日	令和 年 月 日	ID	
フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒 ー		
連絡先	電話番号 ( ) ー		FAX ( ) ー
	携帯番号 ー ー		
希望日	第1希望 令和 年 月 日(火)		
	第2希望 令和 年 月 日(火)		
	第3希望 令和 年 月 日(火)		
※胃カメラ検査挿入方法のご希望があれば☑を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 経口 ・ <input type="checkbox"/> 経鼻			
希望するオプション検査がある場合はチェック☑を入れて下さい。 注)別途料金がかかります。			
<input type="checkbox"/> 心臓検査(心エコー、心電図) <input type="checkbox"/> 大腸CT …… 希望される場合は、検査前服用薬剤の引き渡しと説明のため、事前に1度来院していただく必要があります。 <input type="checkbox"/> DWIBS検査(拡散強調画像併用全身MRI)			
<b>●がん総合ドックの流れ</b> 1. 受付→問診→身長、体重、腹囲、血圧測定等 2. 血液検査、尿検査、便潜血検査 3. 各種検査 ・腹部超音波検査 ・胃カメラ ・胸部CT ・【オプション】 大腸CT ・【オプション】 心臓検査 ・【オプション】 DWIBS検査 ・【女性のみ】 マンモグラフィー ・【女性のみ】 子宮がん検査(内診、子宮頸部スミア)			