



東プラ健診クリニック専用
【人間ドック専用】申込書

※クリニックよりお問い合わせする場合がございますので、事業所控えを保管してください。

〒111-0052 東京都台東区柳橋1-1-4 東プラ健保会館2階
医療法人社団進興会 東プラ健診クリニック 予約センター
Tel:03-5833-3475 Fax:03-5833-5641 予約専用:toupra-yoyaku@shinkokai.jp

保険証番号 枝番	フリガナ 氏名		性別	続柄	生年月日(和暦)	コース	希望月 ※日付記入不可			決定日時	乳房 超音波 女性のみいずれかに ○をしてください	子宮頸部 細胞診 女性のみいずれかに ○をしてください	胃部検査(※3)		血液面談 希望の方は○を してください (※2)	備考欄 ※オプション検査・キャンセル検査・特殊健診 海外赴任・年齢対象外・年度内二度目等を ご記入ください
	第1	第2					第3	バリウム	胃カメラ							
1		本人	男	本人	S	ドック				あり	医師採取	バリウム	希望する			
		配偶者	女	家族	H							胃の検査なし			胃カメラ	経口希望
2		本人	男	本人	S	ドック				あり	医師採取	バリウム	希望する			
		配偶者	女	家族	H							胃の検査なし			胃カメラ	経口希望
3		本人	男	本人	S	ドック				あり	医師採取	バリウム	希望する			
		配偶者	女	家族	H							胃の検査なし			胃カメラ	経口希望
4		本人	男	本人	S	ドック				あり	医師採取	バリウム	希望する			
		配偶者	女	家族	H							胃の検査なし			胃カメラ	経口希望
5		本人	男	本人	S	ドック				あり	医師採取	バリウム	希望する			
		配偶者	女	家族	H							胃の検査なし			胃カメラ	経口希望

※申込み後、記入内容(保険証番号や苗字等)に変更がある際はご連絡ください。

所在地 (※1)	〒
事業所名称	
担当者名	
担当者TEL	
担当者FAX	

※1 所在地について
事前案内は原則、健診ご担当者様宛に送付となります。
住所等の変更がありましたら、ご連絡ください。

※2 血液面談とは、希望制で、診察とは別に当日午後に医師より
血液の一部結果を直接お聞きいただけるものです。

・希望の方→9:00までの予約時間でお取りします。
※当日9:00を過ぎてのご来院は血液面談対象外です。
・希望なしの方→9:45、10:30の ご予約時間になる可能性があります。
結果は後日結果報告書にてご確認いただけます。
特にご希望の○がない場合は“希望なし”で承ります。

※3 胃カメラ(経鼻)
下記に該当する方は胃カメラ(経鼻)での実施はできません。
胃カメラ(経口)またはバリウムでお申込ください。
・眼圧が高い方(緑内障治療中など)
・血液をサラサラにする薬を服用中の方
・鼻の手術歴のある方