## 健診申込書 兼 同意書

## 福井大学医学部附属病院長 殿

各検査の注意事項、個人情報保護等を承知し、十分理解したうえで検査を受診することに同意し、 次のとおり健診を申し込みます。

申込年月日		令和	年 月	]	3			
ふりがな								
氏 名						性別	男・女	
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日		(満	歳)	
住 所	₹	_						
		電話	1(固定電話)					
		電話	2(携帯電話)					
希望されるコースにレ印をつけてください。								
	■ 個別コース							
	□ 腫瘍ドック PET-CT 単独コース						124,630円	
	□ 腫瘍ドック PET-CT 腫瘍コース						136,400円	
	□ 腫瘍ドック PET-CT 胃内視鏡付コース						148,940円	
希望健診	□ 脳ドック 3T-MRI 脳ドックコース						50,380円	
	□ PET-MRIドック 腫瘍コース						131,010円	
	□ PET-MRIドック 認知症脳ドックコース					13	1,010円	
コース	■併用コース							
	□ 腫瘍ドック (PET-CT単独コース) + 脳ドック						155,320円	
	□ 腫瘍ドック (PET-CT腫瘍コース) + 脳ドック						167,090円	
	□ 腫瘍ドック (PET-CT胃内視鏡付コース) 十 脳ドック						179,630円	
	□ PET-MRIドック 腫瘍コース + 認知症脳ドックコース 176,770円 ※腫瘍ドック+脳ドックの併用コースはそれぞれの曜日に1日ずつ行いますので、2回来ていただきます。							
	※腫場ドック+胸ドックの作業   ※PET-MRIドック 腫瘍コー   ※申込みを取り消される場	ース+認知症脳ド	ックコースは1日	で行います。			<b>5</b> 9°0	
本院受診歴	過去に福井大学	学医学部附属	病院に受診	されたことが	ぶありますか	o		
	□ あり □ なし □ 不				□ 不明	月		
健診希望日	第1希望	令和	年	月	日 (	)		
	第2希望	令和	年	月	日 (	)		
※ 病院記入欄								

注: 健診希望日は、ご希望に添えないことがあります。ご了承願います。 また、健診開始時間については、健診室で指定させていただきます。