

独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター
人間ドック 申込書

申込日： _____

1. 受診希望者さまの情報

ふりがな

お名前

生年月日

性別 男 女

住所

連絡先

当院の受診歴 あり なし

2. 胃の検査について

① 胃カメラ

② 胃透視

③ 胃の検査は希望しない

記入欄

3. オプション（ご希望の項目に○をつけてください）

オプションは希望しない

乳がん検診（マンモグラフィー）

乳がん検診（乳腺エコー）

子宮がん検診

肺がん検診（ヘリカルCT）

肺がん検診（喀痰細胞診）

簡易脳ドック

骨密度検査

ABI

頸動脈エコー

ヘリコクターピロリ

梅毒反応検査

ペプシノゲン

PSA（男性のみ）

CEA

CA19-9

AFP

SCC

CA125（女性のみ）

膵がん検診

4. ご希望の受診日

第一希望日

第二希望日

第三希望日

その他

※オプション「膵がん検診」ご希望の場合は、1日目と2日目に
分かれて検査を実施しますので、両方のご希望日を記載ください。

下記のFAXまたはメールアドレスまでお送りください。
担当者より折り返しご連絡させていただきます。

広島西医療センター 医事課 健診担当

FAX：0827-57-0462

Mail：508-iji@mail.hosp.go.jp