

内田医院

Luegallee 87, 40545 Düsseldorf
Tel.: 0211-529 26 80, Fax: 0211-529 26 81
E-Mail: healthcare_uchida@gmx.net
Web: www.praxisuchida.com

総合健康診断申込書

氏名（日本語） 性別： 男 女 生年月日： 年 月 日（ 歳）
氏名（ローマ字） 姓 名
住所（通り名） （郵便番号） （都市名）
メールアドレス： 電話： （自宅）
検査日希望日時： 2014年 月 日（ ） 午前 午後 時 分
現在病気治療中の方、最近体調に変化のある方：

ご希望の検査項目にチェックして下さい。

- 一般総合健康診断 （検査項目の詳細については、[ホームページ](#)をご参照下さい）

以下の検査項目は保険会社によっては、健康保険が適用されない場合があります。予め、保険会社にお問い合わせください。
また、レントゲン検査、胃カメラ、大腸内視鏡検査、婦人科系検査は当院ではなく、近くのレントゲンセンター及び婦人科医院にて行われます。

オプション検査

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査 | <input type="checkbox"/> 負荷心電図検査（当院にて） |
| <input type="checkbox"/> 胃腸部レントゲン（バリウム）検査 | <input type="checkbox"/> 24時間血圧測定検査（当院にて） |
| <input type="checkbox"/> 胃カメラ（バリウム検査と、同日には行えません） | <input type="checkbox"/> ホルター心電図検査（当院にて） |
| <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 | <input type="checkbox"/> アレルギー・スキントテスト（当院にて） |

婦人科系オプション検査（中川先生の診療時間は、火、木、金の9時～14時となります。）

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 婦人科系検査 | <input type="checkbox"/> マンモグラフィー |
| <input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査 | |

オプション血液検査

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーCEA（大腸）、AFP（肝臓） | <input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査 |
| <input type="checkbox"/> 婦人用腫瘍マーカー | <input type="checkbox"/> 甲状腺刺激ホルモン検査 |
| <input type="checkbox"/> 前立腺腫瘍マーカー | <input type="checkbox"/> 炎症、リウマチ検査 |
| <input type="checkbox"/> 婦人用ホルモンステイタス | <input type="checkbox"/> HA1c |
| <input type="checkbox"/> 総合アレルギー血液検査 | <input type="checkbox"/> 蛋白（電気泳動法） |
| <input type="checkbox"/> ウィルス性肝炎抗体検査 | |