

受付日 年 月 日

大人のためのちょこっとドック申込書

第1希望日	年 月 日 ()
第2希望日	年 月 日 ()

コース	曜日	時間		金額
☐ 眼科ドック	午前 月～木	☐ 9:30	☐ 10:00	5,500円
		☐ 10:30	☐ 11:00	
	午後 月・水・木	☐ 14:30	☐ 15:00	
		☐ 15:30	☐ 16:00	
☐ 聴力ドック	月・水・金	☐ 14:00	☐ 15:00	1,100円
☐ 骨ドック	月・水・金・土	☐ 14:00	☐ 15:00	7,150円
☐ 膝ドック	月・水・金・土	☐ 14:00	☐ 15:00	13,200円
☐ 腰ドック	月・水・金・土	☐ 14:00	☐ 15:00	13,200円

※希望コースと時間にチェックをいれてください

[ID]

お名前	(男 ・ 女)
生年月日	T ・ S 年 月 日 ()歳
住所	〒
電話番号	()

眼科ドック	・視力検査 ・屈折検査 ・眼底検査 ・涙液検査 ・眼圧検査 ・眼底三次元画像解析 ・眼科診察 ・所要時間 30分
聴力ドック	・聴力検査 (医師の診察はありません) ・所要時間 20分
骨ドック	・骨塩定量 ・腰椎レントゲン ・採血 ・骨代謝マーカー (医師の診察はありません) ・所要時間 45分
膝ドック	・膝MRI ・膝レントゲン ・転倒リスク測定 ・所要時間 60分 (医師の診察はありません) ・※ P° -スーマーの方はお受けできません
腰ドック	・腰MRI ・膝レントゲン ・転倒リスク測定 ・所要時間 60分 (医師の診察はありません) ・※ P° -スーマーの方はお受けできません

予約センター、電話、FAXにてご予約を受け付けております。

TEL:042-799-6161 FAX:042-799-7727

社会医療法人社団正志会

南 町 田 病 院

病院記入欄

骨ドック:骨折歴 あり・なし 部位[] 膝・腰ドック:ペースメーカー あり ・ なし