※病院記入欄＜決定日＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本 | 年　　　月　　　日 | 基本 | 年　　　月　　　日 | 基本 | 年　　　月　　　日 |
| 大腸 | 年　　　月　　　日 | 大腸 | 年　　　月　　　日 | 大腸 | 年　　　月　　　日 |
| PET | 年　　　月　　　日 | PET | 年　　　月　　　日 | PET | 年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
| **がんドック申込書** |

※□をクリックするとチェックが付きます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 申込日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | | 性　　別 | 男　女 |
| 年　　齢 | 歳 |
| 生年月日 | 大正　昭和　平成　西暦　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | |
| 連絡先  連絡先の優先順位  を記入してください | 優先順位 | 電話番号 | | 続柄（氏名） |
|  | 自宅：（　　）　　－ | |  |
|  | 携帯電話：（　　）　　－ | |  |
|  | （　　）　　－ | |  |
|  | （　　）　　－ | |  |

静岡がんセンターから電話するにあたって病院名を名乗ってよろしいですか？ 可　不可

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第1希望日 | 年　月　日 | 第2希望日 | | 年　月　日 | |
| 申込内容 | **基本A**コース（大腸内視鏡検査**あり**）  **基本A**コース（大腸内視鏡検査**なし**） | | **基本B**コース（大腸内視鏡検査**あり**）  **基本B**コース（大腸内視鏡検査**なし**） | | |
| オプション | 脳MRI検査 | | | | 希望する　希望しない |
| PET-CT検査 | | | | 希望する　希望しない |
| 眼科検査 ※ | | | | 希望する　希望しない |
| HPV-DNAハイリスク検査（女性のみ） | | | | 希望する　希望しない |

※他の医療機関で眼科受診中の方は、当院のドックでは行いませんのでご了承ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 当院がんドック受診歴 | 初回　 ２回目以降 | 前回受診日 | 年　月　日 |
| 当院の診察券番号 |  |  | |

次のことをお知らせください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| がんになったこと | | | あり　なし |
| 喫煙 | | | あり　なし |
| 緑内障（ありの方は眼科医に内視鏡で使用する薬剤の使用可否を前もってお確かめ下さい） | | | あり　なし |
| 血液をさらさらにする治療 （抗凝血薬） | | | あり　なし |
| 糖尿病 | | | あり　なし |
| 体内に金属（ありの方は主治医に脳MRI検査の可否を前もってお確かめ下さい） | | | あり　なし |
| おくすりでアレルギーや気分不快 | | | あり　なし |
| （女性のみ）子宮摘出 | | | あり　なし |
| （男性のみ）前立腺肥大症 | | | あり　なし |
| 新型コロナワクチン接種歴 | 接種回数　（ ）回 | 最終接種日　（　年　月　日） | |

お申し込みいただきありがとうございました。