

Raffles Japanese Clinic

健康診断お申込み用紙

※氏名 (ローマ字)															
※ (漢字)	姓							名							
※生年月日:	年	月	日	年齢:	歳	※性別:	<input type="checkbox"/> 男性		<input type="checkbox"/> 女性						
※FIN 番号(シンガポール国外在住の方のみパスポート番号):								※E メールアドレス:							
自宅住所:								電話番号:							
								FAX:							
会社名:															
勤務先住所:								電話番号:							
								FAX:							
受診歴のあるご家族のお名前 (ローマ字):															
カルテの重複を避けるためお知らせください															
※健診希望日	第1希望: 月 日				第2希望: 月 日				第3希望: 月 日						
※お支払方法	※レポート送付先				※診察券番号 (もしくはご家族の方の診察券番号)										
カルテの重複を避けるためお知らせください															
<input type="checkbox"/> 会社契約 <input type="checkbox"/> 個人				<input type="checkbox"/> 勤務先											
<input type="checkbox"/> 個人立替→会社請求				<input type="checkbox"/> 自宅											

ご希望のプランに○をお付け下さい。

*胃カメラに関して、ご希望に○をしてください。

(1) 成人パッケージ

1・局所麻酔 (経鼻) 2・局所麻酔 (経口) 3: 全身麻酔 (経口)

デラックス胃カメラ*	デラックスバリウム	スタンダード胃カメラ*	スタンダードバリウム	スタンダード	ベーシック
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(2) 婦人科パッケージ (婦人科パッケージのみを申込の場合、追加できる検査は下記の婦人科検査のみとなります)

A	B1	B2	C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) 小児パッケージ

スタンダードチルドレン	ベーシックチルドレン
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ご希望のパッケージ追加検査に○をお付け下さい。

脳検査	腹部検査	血液検査	泌尿器科検査(男性)
MRI/MRA 脳ドック	腹部 CT	血液型	前立腺 MRI
脳造影CT	腹部超音波	腫瘍マーカー	前立腺超音波(経直腸)
脳血管造影CT	大腸検査	C型肝炎抗体	婦人科検査(女性)
心臓検査	大腸内視鏡	性感染症(梅毒)	婦人科 MRI
64 マルチスライス心臓ドック	乳房検査(女性)	HIV 感染症	婦人科超音波
心疾患スクリーニングA	乳房 MRI	放射線検査	子宮内膜組織診
心疾患スクリーニングB	乳房 X線	全身 CT	子宮頸部細胞診
肺検査	乳房超音波	骨密度	HPV-DNA
胸部低線量 CT	生理検査	その他にご希望の検査がございましたらご記入下さい	
喀痰細胞診	眼底	# 上部消化管内視鏡の検査方法につき、ご希望に○をしてください。	
胃検査	眼圧	1・局所麻酔 (経鼻) 2・局所麻酔 (経口) 3: 全身麻酔 (経口)	
血清ヘリコバクター・ヒト抗体	聴力		
上部消化管X線	肺機能		
上部消化管内視鏡#			

お申込み先: E-mail: kenshin@rafflesmedical.com FAX: 6311-2299