

# <人間ドック申込書>

病院記入欄

申し込み日 令和 年 月 日

R 年 月 日( )

ふりがな		性別	診察券番号
氏名		男・女	— —
生年月日	昭 平 年 月 日	年齢 歳	初診
ご住所	(〒 — ) ※郵送先は正確にご記入ください		
ご来院方法	公共交通機関	自家用車	徒歩 その他( )
電話番号	日中の連絡先 ( ) —	ご自宅 勤務先 携帯電話	
	その他連絡先 ( ) —	ご自宅 勤務先 携帯電話	

## ■ 第三希望日まで記入してください

\* 子宮細胞診(頸部・体部)検査は、月・水・金曜日となります

受診希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日
-------	-------	-------	-------

 基本健診の料金(税込) 48,100円 ペア割料金(税込) 45,694円 (2名で同日受診の方は5%割引)

## ■ 胃の検査をお選び下さい

\* パンプレットの「上部消化管検査の選択について」を参照下さい

1. 鼻からの内視鏡検査

2. 口からの内視鏡検査

3. 内視鏡検査を希望しない 【胃がんリスク検査を申し込む 】

ピロリ菌の除菌をしていますか? はい・いいえ

## ■ ご希望のオプション検査に○を記入してください

オプション名	料金(税込)	申込	オプション名	料金(税込)	申込
子宮頸部細胞診・超音波	9,570円		甲状腺超音波	3,850円	
子宮体部細胞診	7,370円		TSH・FT3・FT4 (甲状腺ホルモン)	5,929円	
乳腺超音波	3,850円		血液型検査	528円	
マンモグラフィー	6,182円		CEA	2,860円	
頭部MRI・MRA	20,900円		CA19-9	3,124円	
骨密度測定	3,960円		PSA	3,124円	
心臓超音波	9,680円		CA125	3,300円	
喀痰細胞診	4,730円		HIV抗体	1,430円	
便中ヘリコバクター(ピロリ菌)	1,760円		動脈硬化(ABI/PWV)	2,200円	
頸動脈超音波	5,500円		栄養食事指導	2,200円	
聴力検査	440円		眼科検査(自動車運転不可)	8,008円	

\* 子宮体部細胞診は、子宮頸部細胞診・超音波も必要になりますので同時にお申し込み下さい

\* 眼科検査をご希望の場合、ご自身による自動車運転で来院しないで下さい



独立行政法人

国立 病院 機構 千葉医療センター

《裏面あり》

-----

<人間ドック食事オプション申込書>

ふりがな	
氏名	

- 昼食を申し込む（税込1,100円）       昼食を申し込まない  
（幕の内弁当 約641kcal 食塩7.2g）

・食後のお飲みものを選んで下さい

- コーヒー（ホット）       紅茶（ホット）

— 病院記入欄 —

受診日 令和      年      月      日 (      )



独立行政法人  
国立病院機構

千葉医療センター