

# 人間ドック申込書

## ①受診予約日

## ②ご希望コース

予約日	月 日 ( )	午前 8:30 午前 9:00	コース	日帰りドック ・ 宿泊ドック
-----	---------	--------------------	-----	----------------

## ③基本情報

ご加入健康保険	健康保険組合			
保険証	記号	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	<input type="checkbox"/> 任意継続	<input type="checkbox"/> 特例退職者
	番号		※対象の方のみチェックをご記入ください	
フリガナ		性別	生年月日 ( 歳)	
氏名		男・女	昭・平	年 月 日 ( 歳)
ご自宅住所	〒 -			
	電話番号 ( )			
フリガナ		ご担当者名		
勤務先名				
ご勤務先住所	〒 -			
	電話番号 ( )			

## ④主なオプション項目 ※ご希望のオプションを□欄へチェックしてください。(ご加入の健康保険組合によって、別途料金が発生する場合があります)

<p>▼胃管内視鏡(胃カメラ)検査 <input type="checkbox"/>希望する ※電話予約制です。</p> <p>①麻酔 <input type="checkbox"/> 喉の部分麻酔のみ希望 (追加料金なし) <input type="checkbox"/> 静脈麻酔希望 (別途5,500円)</p> <p>※電話予約時に予約いただいた方のみです。後から追加はできません。 ※検査後、約2時間安静にしてください。必要がございます。 ※当日は終日、車の運転やアルコール摂取ができません。</p> <p>②胃カメラ歴 有・無 当院・他院 有の場合、いつ頃ですか( 年 月頃)</p> <p>③現在服用中のお薬 なし・あり お薬名( ) ※「抗血栓薬(血液をサラサラにする薬)」を内服中は、組織検査(生検)を行いません。</p> <p>▼婦人科検査</p> <p>●子宮検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん細胞診 <input type="checkbox"/> 経膈エコー</p> <p>●乳がん検査 <input type="checkbox"/> 乳腺触診 <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィー</p> <p>●ホルモン検査 <input type="checkbox"/> 女性ホルモン検査(血液検査)</p> <p>▼その他のオプション検査</p> <p><input type="checkbox"/> 動脈硬化度測定 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> NT-proBNP (心不全・心筋梗塞の血液検査) <input type="checkbox"/> LOX-INDEX (脳梗塞・心筋梗塞の血液検査) <input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリIgG抗体 (血液検査) <input type="checkbox"/> ABC検診 (ヘリコバクターピロリ抗体+ペプシノゲンセット) <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定</p>	<p>▼腫瘍マーカー</p> <p><input type="checkbox"/> CEA (肺・大腸) <input type="checkbox"/> CA125 (卵巣) <input type="checkbox"/> PSA (前立腺) <input type="checkbox"/> CA15-3 (乳房) <input type="checkbox"/> γ-Sm (前立腺) <input type="checkbox"/> SCC (子宮) <input type="checkbox"/> AFP (肝臓・胆嚢) <input type="checkbox"/> CA19-9 (膵臓・大腸) <input type="checkbox"/> p53抗体 (食道・大腸・乳がん) <input type="checkbox"/> CYFRA (肺) <input type="checkbox"/> NSE (肺・甲状腺)</p> <p>※腫瘍マーカーとは採血で悪性腫瘍を診察する為の補助検査です。通常、腫瘍マーカー検査のみでは悪性腫瘍の診断ができるわけではなく、X線検査やエコー検査などを組み合わせて行います。(当院人間ドックコースではX線検査、エコー検査を含んでおります。)</p> <p>▼CT検査</p> <p><input type="checkbox"/> 頭部CT検査 <input type="checkbox"/> 胸部CT検査 <input type="checkbox"/> 腹部CT検査</p> <p>▼脳ドック(メディカルスキニングにて実施)</p> <p><input type="checkbox"/> 脳MRI・MRA</p> <p>※脳ドックは近隣医療機関【メディカルスキニング】にて実施し、ご予約、お支払い、結果報告は全て当院を通して行います。人間ドックと同日にご受診頂けますが、脳ドックを受診希望の場合は必ず事前にお申し出下さい。</p> <p>▼その他ご希望のオプション・ご要望</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div>
---	--

## ⑤お支払方法 ※お支払い方法が重複する場合、該当する"□"欄に全てチェックをお入れ下さい。

ドック料金	<input type="checkbox"/> 健康保険組合請求	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 当日ご本人支払い	<input type="checkbox"/> その他( )
オプション料金	<input type="checkbox"/> 健康保険組合請求	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> 当日ご本人支払い	<input type="checkbox"/> その他( )