



人間ドック申込書



氏名	住所	生年月日	性別	電話番号
(フリガナ)	〒 -	T S H	男	固定 ()
			女	携帯 ()

予約希望日		
第1希望	第2希望	第3希望
月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()

予約確定日(医療機関記入)
月 日 ()

※希望されるコースの1つに○を記入してください

<input type="checkbox"/>	しっかり健診コース (胃部X線あり)
<input type="checkbox"/>	しっかり健診コース (胃カメラあり) 追加料金あり
<input type="checkbox"/>	トクトク検診コース (胃検査なし)
<input type="checkbox"/>	トクトク検診コース (+胃カメラ) 追加料金あり
<input type="checkbox"/>	トクトク検診コース (+胃部X線) 追加料金あり



◆オプション検査(別途料金必要)

※希望されるものに○を記入してください(複数選択可)

血液検査
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 (HBs抗原, HCV抗体)
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能 (FT4, TSH)
<input type="checkbox"/> 心機能 (BNP)
<input type="checkbox"/> 前立腺がん (PSA)
<input type="checkbox"/> 膵臓がん (CA19-9)
<input type="checkbox"/> 肝臓がん (AFP)
<input type="checkbox"/> 消化器系がん (CEA)
<input type="checkbox"/> 関節リウマチの検査 (抗CCP抗体, MMP-3)
<input type="checkbox"/> ペプシノゲン, ヘリコバクター・ピロリ抗体
<input type="checkbox"/> アレルギー検査 (特異的IgE View-39)

便検査
<input type="checkbox"/> 便中ヘリコバクター・ピロリ抗原
画像診断
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 (頸動脈エコー)
<input type="checkbox"/> 血圧脈波
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> 脳MRI/MRA
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT検査
<input type="checkbox"/> 腹部CT検査 (内臓脂肪CT検査を含む)
<input type="checkbox"/> 低線量肺がんCT検査

◆婦人科オプション検査(別途料金必要)

※希望されるものに○を記入してください

<input type="checkbox"/>	1方向 マンモグラフィ (触診なし)
<input type="checkbox"/>	2方向 マンモグラフィ (触診なし)
<input type="checkbox"/>	乳腺超音波検査
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検査
<input type="checkbox"/>	卵巣がん腫瘍マーカー

「1方向」、「2方向」のどちらかを選択してください。
「マンモグラフィ」と「乳腺超音波」は両方、申し込めます。



ご不明な点がございましたら下記まで
連絡をお願いします。

瀬戸内市民病院 健康管理センター

Tel : 0869-22-1234 (代表)