



人間ドック申込書



(フリガナ) 氏名	住所	生年月日	性別	電話番号
	〒 -	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)
<input type="checkbox"/>	血液健康スコア検査マイナインチンゲール

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、申し込みます。



<お問い合わせ・ご予約>

瀬戸内市民病院 健康管理センター
TEL : 0869-22-1234 (代表)