

人間ドック申込書

池上総合病院 健診センター

FAX 03-5747-1482 (専用)

TEL 0120-70-6081 (フリーダイヤル)

ふりがな				連絡先(電話対応が可能なご連絡先)
お名前	男・女	携帯・自宅	-	-
		勤務先	-	-
		FAX	-	-
ご生年月日	T・S・H	年	月	日生
ご住所	〒 -			健康保険組合名
	記号		番号	
受診希望日	第一希望	(西暦)	年	月
	第二希望	(西暦)	年	月
希望健診	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			
オプション項目	下表を参考にご希望のオプション検査があれば番号を記載してください。			
	[]			
	消化器系	①胃部内視鏡検査(胃部X線検査からの変更 追加金額あり)		
		②ピロリ抗体		
		③ペプシノゲン		
	脳疾患系	④MRI・MRA・頸動脈エコー		
		⑤認知症検査(VSRAD)MRI画像解析 ※④を実施される方のみ追加できます。		
	心疾患系	⑥128列マルチスライスCTによるカルシウム解析		
	肺疾患系	⑦128列マルチスライスCT		
	婦人科系	乳房	月から金 実施	⑧マンモグラフィー
			月・火・金 実施	⑨乳房超音波検査
		子宮	⑩マンモグラフィー・乳房超音波検査	
			月・火・水・金 実施	⑪頸部細胞診(内診含む)
	腫瘍マーカー	男女共通	⑬CEA・AFP・CA19-9	
女性セット		⑭CA125・CA153		
甲状腺機能	⑮TSH・FT3			
新型コロナウイルス	⑯抗体検査(CLIA法)			
動脈硬化検査	⑰血圧脈波測定			
骨密度検査	⑱DEXA法			
文書料	⑲健康診断個人票・持込用紙転記等 1通につき			

・必要事項を記入し、健康診断希望日の3週間前までに当健診センターまでにご送付ください。

- ・健康保険の助成金についてご質問がございましたら、当健診センターへご相談ください。
- ・この用紙が当健診センターに届きましたら、健診の予約担当より確認のFAXまたはお電話を差し上げます。