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		男・女	連絡先（電話対応が可能なご連絡先）
お名前			携帯・自宅　－　－ 勤務先　－　－
			FAX　－　－
ご生年月日	T・S・H　年　月　日生　歳		健康保険組合名
ご住所	〒　－		保険者番号
			記号　番号

受診希望日	第一希望	（西暦）　年　月　日　曜日
	第二希望	（西暦）　年　月　日　曜日
希望健診	□人間ドック　□脳ドック　□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大腸内視鏡検査　※①を実施される方のみ別日程で追加できます。		
	③ピロリ抗体		
	④ペプシノゲン		
脳疾患系	⑤MRI・MRA・頚動脈エコー		
	⑥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	⑦128列マルチスライスCTによるカルシウム解析		
肺疾患系	⑧128列マルチスライスCT		
婦人科系	乳房	毎週月～金曜日	⑨マンモグラフィー
		毎週火～金曜日	⑩乳房超音波検査
			⑪マンモグラフィー・乳房超音波検査
	子宮	毎週火・木・金曜日 第1・3水曜日	⑫頸部細胞診（内診含む）
			⑬頸部細胞診・経腟超音波検査（内診含む）
			⑭頸部細胞診・HPV検査（内診含む）
			⑮頸部細胞診・経腟超音波検査・HPV検査（内診含む）
腫瘍マーカー	男女共通	⑯CEA・AFP・CA19-9	
	女性セット	⑰CA125・CA153	
甲状腺機能	⑱TSH・ FT3・FT4		
抗体検査	⑲新型コロナウイルス（CLIA法）		
	⑳4種セット（麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ）		
アレルギー検査	㉑アレルギー検査（view39）		
動脈硬化検査	㉒血圧脈波測定		
骨密度検査	㉓DEXA法		
エクオール検査	㉔ソイチェック		
ぐっすり脳波検査（睡眠検査）	㉕2晩		
	㉖5晩		
文書料	㉗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。