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）

受診希望日程	第一希望月日	令和　　年　　月　　日　　曜日		
	第二希望月日	令和　　年　　月　　日　　曜日		
希望健診	□人間ドック　□脳ドック　□心臓ドック　□人間ドック+脳疾患　□人間ドック+心臓疾患			
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）		
	脳疾患系	②MRI・MRA・頚動脈エコー		
	心疾患系	③64列マルチスライスCTによるカルシウム解析		
	肺疾患系	④64列マルチスライスCT		
	婦人科系	**乳房**	火・金 実施 人数制限有	⑤マンモグラフィー（視触診含む）
				⑥乳房超音波検査（視触診含む）
				⑦マンモグラフィー・乳房超音波検査（視触診含む）
		子宮	月・火・水・金 実施 人数制限有	⑧頚部細胞診（内診含む）
				⑨頚部細胞診・頚部超音波検査（内診含む）
	腫瘍マーカー	男女共通	⑩CEA・AFP・CA19-9	
		女性セット	⑪CA125・CA153	
	甲状腺機能	⑫TSH・ FT3		
	動脈硬化検査	⑬血圧脈波測定		
	骨密度検査	⑭DEXA法		
	文書料	⑮健康診断個人票・持込用紙転記等　1通につき		

ふりがな		男・女	TEL（日中のご連絡先をお願いします。）
お名前			自　宅　　－　　－ 勤務先　　－　　－
			ＦＡＸ　　－　　－
ご生年月日	T・S・H　　年　　月　　日生　　歳		保険者番号
ご住所	〒　　－		記号　　番号

人間ドックをご予約の方へ

・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。