

協会けんぽ生活習慣病予防健康診断・協会けんぽドック申込書

★太枠内をご記入ください

①希望日をご記入下さい。

第一希望日	年	月	日 ( 曜日 )	病院記入欄 協 ID / ( )
第二希望日	年	月	日 ( 曜日 )	
第三希望日	年	月	日 ( 曜日 )	

※ご希望に添えない場合がございます

②氏名・生年月日・住所・連絡先をご記入ください。

(ふりがな) 氏名	男	生年月日 昭和 平成 西暦	年	月	日 ( ) 歳
住所 〒( - )	女				
					連絡先 (自宅) - - (携帯) - -

③保険証に記載してある会社名(正式名称)・電話番号・記号・番号・保険者番号を必ずご記入ください。

<input type="checkbox"/> 会社名	[ ]	記号	[ ]
<input type="checkbox"/> 電話番号	[ ]	番号	[ ]
		保険証保険者番号	[ ]

④ご希望のコースにチェックしてください。

協会けんぽ	<input type="checkbox"/> 一般健診  ※一般健診を受診の方は⑤の胃部検査方法を選択してください <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独) ※対象年齢あり		
一般検査追加項目 (付加・乳がん・子宮頸がんは対象年齢あり)	<input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 一方向(50歳以上) 二方向(40歳～48歳) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(併用) <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 ※受診条件あり		
日帰り人間ドック	<input type="checkbox"/> ベーシック 【36,300 円】	<input type="checkbox"/> スタンダード 【男性60,500 円/女性66,000 円】	<input type="checkbox"/> プレミアム 【96,800 円】
	<input type="checkbox"/> 脳コース 【男性:74,150 円】 【女性:78,550 円】	<input type="checkbox"/> 肺コース 【男性:69,850 円】 【女性:74,250 円】	【ご希望のホテルをお選びください】 <input type="checkbox"/> 琵琶湖ホテル <input type="checkbox"/> びわ湖大津プリンスホテル
その他	<input type="checkbox"/> フォローアップ検査 <input type="checkbox"/> 保健指導		

⑤胃部検査をご希望される方は、検査方法をお選びください。

<input type="checkbox"/> 胃カメラ	→	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 → 経鼻受診歴	※一般健診で胃カメラに変更される場合は、3300円の追加料金をいただきます。 ① 10:55 ② 11:15 ③ 11:25
<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃部検査を実施しない		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	【人間ドック限定】 胃カメラ麻酔(2800円) ←希望する方は○を付けてください。

⑥以下の事前確認欄をご記入ください。

全	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり →	ありの場合:MR検査をご希望の方は受診可能か主治医に確認して下さい。
MR	体内金属	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (金属名	部位)
MR	インプラント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
泊	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
鼻	血液をさらさらにする薬の服用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり →	ありの場合:胃カメラで経鼻希望の方は受診可能か主治医に確認して下さい。
緑	緑内障	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (胃・大腸:麻酔時注意)	
			→ ありの場合アレルギー確認: <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 卵	

⑦どちらかに○をしてください。

オプション追加 なし・あり  ありの場合は裏面をご記入ください
---------------------------------

予約は当院からの連絡をもって確定となります。

FAXでのお申し込み後、2～3日経過しても連絡がない場合は、お電話でご連絡をお願いします。

【健診センターFAX番号:077-526-8347】

ご希望のオプション検査にチェックしてください。(税込料金を表示しています。)

※検査によっては曜日指定があります。

部位	項目	金額	病院記入欄	部位	項目	金額	病院記入欄
頭頸部	<input type="checkbox"/> 頭部MRI+頭部MRA	25,850	<input type="checkbox"/>	感染症	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)	2,200	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 頭部CT検査	19,250	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗体)	2,200	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 頸部エコー(頸動脈+甲状腺)	4,950	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体)	2,200	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 動脈硬化(ABI+PWV)	1,100	<input type="checkbox"/>		ピロリ菌検査	<input type="checkbox"/> 便中ピロリ抗原検査	2,200
胸部	<input type="checkbox"/> 胸部X線	3,080	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 血中ピロリ抗体検査		1,100	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	2,090	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ペプシノゲン		1,320	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 胸部CT	19,250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ピロリ抗体+ペプシノゲン		2,420	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 喀痰検査	6,050	<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> PSA(男性)	1,100	<input type="checkbox"/>
心臓	<input type="checkbox"/> 心電図検査	1,430	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CA125(女性)	2,200	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 心臓エコー(心電図検査含む)	11,110	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CEA	1,650	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 負荷心電図(心電図検査含む)	16,830	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> AFP	2,200	<input type="checkbox"/>
腹部	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	5,830	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CA19-9	2,200	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 膀胱エコー(膀胱+前立腺)+尿細胞診	11,880	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SCC	2,200	<input type="checkbox"/>
胃	<input type="checkbox"/> 胃部X線(バリウム)	11,000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CYFRA	2,200	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 胃管内視鏡検査(胃カメラ)	14,300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ProGRP	2,200	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 麻酔	2,800	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/> 眼底検査	1,650	<input type="checkbox"/>
大腸	<input type="checkbox"/> 大腸CT検査	29,700	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 眼圧検査	900	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査(大腸カメラ)	29,700	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 色覚検査	520	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 麻酔	2,800	<input type="checkbox"/>	アレルギー	<input type="checkbox"/> 鼻炎・喘息16項目	14,300	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 便潜血検査(2回法)	900	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 食物アレルギー16項目	14,300	<input type="checkbox"/>
甲状腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー	4,400	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 成人アトピー16項目	14,300	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 甲状腺検査(TSH+FT3+FT4)	3,850	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	3,960	<input type="checkbox"/>
乳腺(女性のみ)	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	6,950	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 栄養指導	3,300	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	3,850	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 歯科検診	5,000	<input type="checkbox"/>
子宮(女性のみ)	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診	3,300	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 文書料	3,300	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 子宮体部細胞診	7,370	<input type="checkbox"/>				

事前連絡事項がある方はご記入下さい。

病院記入欄

MR ( : ) 隣がん日時(MRCP) ( 月 日 : )  
 トレッドミル ( : ) 大腸(CT・CF)日時 ( 月 日 : )  
 心エコー時間 ( : )

受付	IDハート入力1	IDハート入力2	オーダー入力1	オーダー入力2
----	----------	----------	---------	---------

全キャンセル →  IDハート削除済み  
 一部キャンセル →  IDハート削除済み  
 ( )

案内内容確認1	案内内容確認2	案内時間	案内発送	診察枠
				A P

便  
 ピ  
 喀  
 尿

備考

生活習慣予防	<b>共通(一般)</b>	<b>付加</b>	<b>共通</b>	<b>スタンダード</b>	<b>プレミアム</b>	<b>一泊</b>
	<input type="checkbox"/> 胸XP	<input type="checkbox"/> 肺機能	<input type="checkbox"/> 胸XP	<input type="checkbox"/> 胸CT	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> MR(脳コース)
	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> 腹エコー	<input type="checkbox"/> 生理(ECG・腹エコ)	<input type="checkbox"/> 生理(ECG・腹エコ)	<input type="checkbox"/> 頸部エコー(頸+甲)	<input type="checkbox"/> 胸CT(肺コース)
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(ロ・麻)	<input type="checkbox"/> 眼底	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(ロ・麻)	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(ロ・麻)	<input type="checkbox"/> ABI+PWV	<input type="checkbox"/> マンモ(女性)
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻・麻)		<input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻・麻)	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻・麻)		
		<input type="checkbox"/> バリウム	<input type="checkbox"/> バリウム			
		<input type="checkbox"/> 肺機能検査	<input type="checkbox"/> 肺機能検査			