

特定健診・大津市がん検診・健康診断 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 ID 健・特・大 / ()
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 昭和 平成 西暦	生年月日 年 月 日 () 歳
住所 〒 (-)	連絡先 (自宅)	- -
	(携帯)	- -

③支払い方法・保険証の記号・番号・保険者番号を必ずご記入ください。

<input type="checkbox"/> お勤め先 会社名 【 】 (扶養者の方は被保険者の方のお勤め先) 電話番号 【 】	<input type="checkbox"/> 保険証 記号 【 】 <input type="checkbox"/> 被保険者 番号 【 】 <input type="checkbox"/> 被扶養者 保険者番号 【 】
<input type="checkbox"/> 個人支払	<input type="checkbox"/> 補助あり (一部補助含む) <ul style="list-style-type: none"> → <input type="checkbox"/> 市町村国保【大津市・その他()】 → <input type="checkbox"/> 他国保【 】 → <input type="checkbox"/> 社会保険【保険者名称】 → <input type="checkbox"/> 代行機関【 】

④ご希望のコースにチェックしてください。

特定健診	<input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> 社会保険特定健診	<input type="checkbox"/> 後期高齢者健康診査 <input type="checkbox"/> 基本健康診査	受診券 有効期限 年 月 日
大津市がん検診	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診(喀痰なし) <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <small>※クーポン 有の方</small>	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 <small>※クーポン 有の方</small> <input type="checkbox"/> 肺がん検診(喀痰あり) <small>喫煙状況(1日 本×)</small> <input type="checkbox"/> 胃がん検診(胃カメラ) <small>※対象者のみ</small>	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <small>※2年に1度</small> 年数 = () 600以上で受診可能
大津市民病院 健康診断	<input type="checkbox"/> 特定健診(個別) <small>【9,350円】</small> <input type="checkbox"/> 基本健診A <small>【15,070円】</small>	<input type="checkbox"/> 定期健診1 <small>【7,700円】</small> <input type="checkbox"/> 基本健診B <small>【27,500円】</small>	<input type="checkbox"/> 定期健診2 <small>【14,300円】</small> <input type="checkbox"/> その他

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 → <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 → 経鼻受診歴 	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃部検査を実施しない	

⑥以下の事前確認欄をご記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (金属名 部位)
<input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> 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。	

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 その他の検査をご希望の方も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"/>		<input type="checkbox"/> 風疹抗体検査	3,300	<input type="checkbox"/>
胸部	<input type="checkbox"/> 胸部X線	3,080	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 麻疹抗体検査	3,300	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	2,090	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎抗体	3,300	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 胸部CT	19,250	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 水痘抗体検査	3,300	<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
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"/>	
大腸	<input type="checkbox"/> 大腸CT検査	29,700	<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"/> 下部内視鏡検査(大腸カメラ)	29,700	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 食物アレルギー16項目	14,300	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 麻酔	2,800	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 成人アトピー16項目	14,300	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 便潜血検査(2回法)	900	<input type="checkbox"/>	ピロリ菌検査	<input type="checkbox"/> 便中ピロリ抗原検査	2,200	<input type="checkbox"/>
甲状腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー	4,400	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 血中ピロリ抗体検査	1,100	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 甲状腺検査(TSH+FT3+FT4)	3,850	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ペプシノゲン	1,320	<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"/> ピロリ抗体+ペプシノゲン	2,420	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	3,850	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	3,960	<input type="checkbox"/>
子宮 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診	9,350	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 栄養指導	3,300	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 子宮体部細胞診	7,370	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 歯科検診	5,000	<input type="checkbox"/>
眼科	<input type="checkbox"/> 眼底検査	1,650	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 眼圧検査	900	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 色覚検査	520	<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 (:) 膀胱がん日時(MRCP) (月 日 :)
 トレッドミル (:) 大腸CT日時 (月 日 :)
 心エコー時間 (:) 肺がん検診 喫煙(1日 本 × 年間=)

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
				1診 2診

便
 ピ
 喀
 尿

備考

定1 胸XP
 定2・基A 胸XP ECG
 基B 胸XP ECG 胃カメラ(口・鼻) バリウム