

申込書①

(1)希望日をご記入下さい。

★太枠内をご記入ください

第一希望日	年	月	日 (曜日)
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。

☐ 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【		☐ 保険証 ☐ 被保険者 ☐ 被扶養者		記号 【 番号 【 保険者番号【	
☐ 個人支払	☐ 補助あり (一部補助含む)	☐ 市町村国保 ☐ 他国保 ☐ 社会保険 ☐ 代行機関	【 大津市 ・ その他(【 【保険者名称 【		

④ご希望のコースにチェックしてください。

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

☐ 胃カメラ → ☐ 経口
☐ 経鼻 → 経鼻受診歴 ☐ あり
☐ 胃透視(バリウム) ☐ なし
☐ 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。

・アレルギー ☐なし ☐あり（薬剤 食べ物 その他）
 ・体内金属 ☐なし ☐あり（金属名 部位）
 ・ペースメーカー ☐なし ☐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。
 ・インプラント ☐なし ☐あり
 ・糖尿病 ☐なし ☐あり
 ・血液をさらさらにする薬の服用 ☐なし ☐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。

氏名

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	☐ 頭部MRI+頭部MRA	25,850	☐ ☐	感染症	☐ B型肝炎(HBs抗原)	2,200	☐ ☐
	☐ 頭部CT検査	19,250	☐ ☐		☐ B型肝炎(HBs抗体)	2,200	☐ ☐
	☐ 頸部エコー(頸動脈+甲状腺)	4,950	☐ ☐		☐ C型肝炎(HCV抗体)	2,200	☐ ☐
	☐ 動脈硬化(ABI+PWV)	1,100	☐ ☐		☐ 風疹抗体検査	3,300	☐ ☐
胸部	☐ 胸部X線	3,080	☐ ☐		☐ 麻疹抗体検査	3,300	☐ ☐
	☐ 肺機能検査	2,090	☐ ☐		☐ 流行性耳下腺炎抗体	3,300	☐ ☐
	☐ 胸部CT	19,250	☐ ☐	☐ 水痘抗体検査	3,300	☐ ☐	
	☐ 喀痰検査	6,050	☐ ☐	腫瘍マーカー	☐ PSA(男性)	1,100	☐ ☐
	心臓	☐ 心電図検査	1,430		☐ ☐	☐ CA125(女性)	2,200
☐ 心臓エコー(心電図検査含む)		11,110	☐ ☐		☐ CEA	1,650	☐ ☐
☐ 負荷心電図(心電図検査含む)		16,830	☐ ☐		☐ AFP	2,200	☐ ☐
腹部	☐ 腹部エコー	5,830	☐ ☐		☐ CA19-9	2,200	☐ ☐
	☐ 膀胱エコー(膀胱+前立腺)+尿細胞診	11,880	☐ ☐		☐ SCC	2,200	☐ ☐
胃	☐ 胃部X線(バリウム)	11,000	☐ ☐	☐ CYFRA	2,200	☐ ☐	
	☐ 胃内視鏡検査(胃カメラ)	14,300	☐ ☐	☐ ProGRP	2,200	☐ ☐	
大腸	☐ 大腸CT検査	29,700	☐ ☐	アレルギー	☐ 鼻炎・喘息16項目	14,300	☐ ☐
	☐ 便潜血検査(2回法)	900	☐ ☐		☐ 食物アレルギー16項目	14,300	☐ ☐
甲状腺	☐ 甲状腺エコー	4,400	☐ ☐		☐ 成人アトピー16項目	14,300	☐ ☐
	☐ 甲状腺検査(TSH+FT3+FT4)	3,850	☐ ☐	その他	☐ 骨密度検査	3,960	☐ ☐
乳腺 (女性のみ)	☐ マンモグラフィ	6,950	☐ ☐		☐ 栄養指導	3,300	☐ ☐
	☐ 乳腺エコー	3,850	☐ ☐		☐ 睡眠時無呼吸症候群	7,700	☐ ☐
子宮 (女性のみ)	☐ 子宮頸部細胞診	9,350	☐ ☐	ピロリ菌検査	☐ 便中ピロリ抗原検査	2,200	☐ ☐
	☐ 子宮体部細胞診	7,370	☐ ☐		☐ 血中ピロリ抗体検査	1,100	☐ ☐
眼科	☐ 眼底検査	1,650	☐ ☐		☐ ペプシノゲン	1,320	☐ ☐
	☐ 眼圧検査	900	☐ ☐		☐ ピロリ抗体+ペプシノゲン	2,420	☐ ☐
	☐ 色覚検査	520	☐ ☐				

事前連絡事項がある方はご記入下さい。

以下病院記入欄

MR (:) 痔がん日時(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
----	----------	----------	---------	---------

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
☐ GF
☐ バリウム