

人間ドック・臓器別単独検査申込書

★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)
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

病院記入欄

ド

ID

/ ()

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
	女					
住所 〒 (-)			連絡先 (自宅) - - (携帯) - -			

③お支払い方法・保険証の記号・番号・保険者番号を必ずご記入ください。

☐ 個人支払	記号	【		】
☐ 補助あり (一部補助含む)	→	☐ 市町村国保【大津市・その他()】	番号	【
	→	☐ 代行機関	【	】
	→	☐ 会社名	【	】
	→	☐ 保険者名称	【	】
			保険証保険者番号	【
			【	】

④ご希望の人間ドックのコースにチェックしてください。

日帰り人間ドック	☐ ベーシック 【36,300円】	☐ スタンダード 【男性60,500円/女性66,000円】	☐ プレミアム 【96,800円】
一泊人間ドック	☐ 脳コース 【男性: 74,150 円】 【女性: 78,550 円】	☐ 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。】 ☐ 琵琶湖ホテル ☐ びわ湖大津プリンスホテル
臓器別単独コース	☐ 脳 【34,650円】 ☐ 心臓 【30,800円】	☐ 甲状腺 【11,000円】 ☐ 乳腺 【9,900円】	☐ 膵臓 【34,650円】 ☐ 大腸 【33,000円】
			【ご希望の検査方法をお選びください。】 ☐ 大腸CT検査 ☐ 大腸カメラ検査(麻酔あり) ☐ 大腸カメラ検査(麻酔なし)

⑤ご希望の胃部検査の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 ☐ なし
☐ 胃透視(バリウム)			
☐ 胃部検査を実施しない			

胃カメラ麻酔あり ← 希望する方は○を付けてください。
 (2800円) ① 10:55 ② 11:15 ③ 11:25

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	☐ 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。
MR	体内金属	☐ なし	☐ あり (金属名	部位
MR	インプラント	☐ なし	☐ あり	
泊	糖尿病	☐ なし	☐ あり	
鼻	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
緑	緑内障	☐ なし	☐ あり (胃・大腸: 麻酔時注意)	受診可能か主治医に確認して下さい。
			→ ありの場合アレルギー確認: ☐ 大豆 ☐ 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	☐ 頭部MRI+頭部MRA ※プレミアム・脳コースには含まれる	25,850	☐	感染症	☐ B型肝炎(HBs抗原)	2,200	☐
	☐ 頭部CT検査	19,250	☐		☐ C型肝炎(HCV抗体) ※上記2項目はスタンダード・プレミアムには含まれる	2,200	☐
	☐ 頸部エコー(頚動脈+甲状腺)	4,950	☐	ピロリ菌検査	☐ 便中ピロリ抗原検査	2,200	☐
	☐ 動脈硬化(ABI+PWV) ※プレミアム・脳コースには含まれる	1,100	☐		☐ 血中ピロリ抗体検査 ※スタンダード・プレミアムには含まれる	1,100	☐
					☐ ペプシノゲン	1,320	☐
胸部	☐ 胸部CT ※スタンダード・プレミアムには含まれる	19,250	☐		☐ ピロリ抗体+ペプシノゲン	2,420	☐
	☐ 喀痰細胞診	6,050	☐	腫瘍マーカー	☐ PSA(男性)	1,100	☐
心臓	☐ 心臓エコー(心電図検査含む)	11,110	☐		☐ CA125(女性)	2,200	☐
	☐ 負荷心電図(心電図検査含む)	16,830	☐		☐ CEA ※上記3項目はスタンダード・プレミアムには含まれる	1,650	☐
腹部	☐ 腹部エコー	5,830	☐		☐ AFP	2,200	☐
	☐ 膀胱エコー(膀胱+前立腺)+尿細胞診	11,880	☐		☐ CA19-9	2,200	☐
胃	☐ 胃部X線(バリウム)	11,000	☐		☐ SCC	2,200	☐
	☐ 胃部内視鏡(胃カメラ)	14,300	☐		☐ CYFRA	2,200	☐
	☐ 麻酔	2,800	☐		☐ 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	☐
	☐ 下部内視鏡検査(大腸カメラ) ☐ 麻酔	29,700 2,800	☐		☐ 食物アレルギー16項目	14,300	☐
	☐ 便潜血検査(2回法)	900	☐		☐ 成人アトピー16項目	14,300	☐
甲状腺	☐ 甲状腺エコー	4,400	☐	その他	☐ 骨密度検査	3,960	☐
	☐ 甲状腺検査(TSH+FT3+FT4)	3,850	☐		☐ 栄養指導	3,300	☐
乳腺 (女性のみ)	☐ マンモグラフィー ※スタンダード・プレミアムには含まれる	6,950	☐		☐ 歯科検診	5,000	☐
	☐ 乳腺エコー	3,850	☐		☐ 文書料	3,300	☐
子宮 (女性のみ)	☐ 子宮頸部細胞診	3,300	☐				
	☐ 子宮体部細胞診	7,370	☐				

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・CF)日時 (月 日 :)

心エコー時間 (:) 乳腺診察枠 (月 日 :)

☐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

()

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
				A P

☐便
☐ピ
☐喀
☐尿

備考

【共通】 ☐ 胸XP ☐ 生理(ECG・腹エコ) ☐ 胃カメラ(口・麻) ☐ 胃カメラ(鼻・※) ☐ バリウム ☐ 肺機能検査	【スタンダード】 ☐ 胸CT ☐ マンモ(女性)	【プレミアム/脳】 ☐ MR ☐ ABI+PWV ☐ 頸部エコー(頸+甲)	【一泊】 ☐ MR(脳コース) ☐ 胸CT(肺コース) ☐ マンモ(女性)	【脳】 ☐ MR ☐ ABI+PWV ☐ 頸部エコー(頸+甲)	【乳腺】 ☐ マンモ ☐ 乳腺エコー	【大腸】 ☐ 大腸CT ☐ 大腸カメラ 【膀胱】 ☐ MRCP	【心臓】 ☐ 心エコー ☐ 負荷心電図 ☐ ECG
---	--	---	---	---	--	--	---