

# 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)	病院記入欄 ド 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 昭和 平成 西暦	生年月日	年	月	日 ( )歳
住所 〒 ( - )		連絡先 (自宅)	-	-	
		連絡先 (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。

<input type="checkbox"/> 個人支払	記号	【		】
<input type="checkbox"/> 補助あり (一部補助含む)	→ <input type="checkbox"/> 市町村国保	【 大津市・その他( )	】	番号
	→ <input type="checkbox"/> 代行機関	【		】
	→ <input type="checkbox"/> 会社名	【		】
	→ <input type="checkbox"/> 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	<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"/> ドック脳コース 【70,950円】
一泊人間ドック	<input type="checkbox"/> スタンダード	ご希望のホテルをお選びください(ホテルが休業中の場合はご自宅からの通院となり、料金は変わりません)		
	<input checked="" type="checkbox"/> プレミアム	<input type="checkbox"/> 琵琶湖ホテル 【男性80,300円 女性85,800円】	<input type="checkbox"/> びわ湖大津プリンスホテル 【男性80,300円 女性85,800円】	<input type="checkbox"/> ピアザびわ湖 【男性77,550円 女性83,050円】
臓器別単独コース	<input type="checkbox"/> 脳 【34,650円】	<input type="checkbox"/> 甲状腺 【11,000円】	<input type="checkbox"/> 脾臓 【34,650円】	<input type="checkbox"/> 大腸 【33,000円】
			<input type="checkbox"/> 心臓 【30,800円】	

⑤ご希望の胃部検査の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"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> 経鼻	
<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)		経鼻受診歴	
<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。

・アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (薬剤	食べ物	その他
・体内金属	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (金属名	部位	)
・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。	
・インプラント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
・糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
・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

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 ※プレミアム・脳コースには含まれる	25,850	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	感染症	<input type="checkbox"/> B型肝炎(HBs抗原)	2,200	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 頭部CT検査	19,250	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> <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"/>	ピロリ菌検査	<input type="checkbox"/> 便中ピロリ抗原検査	2,200	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 動脈硬化(ABI+PWV) ※プレミアム・脳コースには含まれる	1,100	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> ペプシノゲン		1,320	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
胸部	<input type="checkbox"/> 胸部CT ※スタンダード・プレミアムには含まれる	19,250	<input type="checkbox"/> <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"/>
	<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	6,050	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> PSA(男性)	1,100	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
心臓	<input type="checkbox"/> 心臓エコー(心電図検査含む)	11,110	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CA125(女性)	2,200	<input type="checkbox"/> <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"/>		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
腹部	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	5,830	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> AFP	2,200	<input type="checkbox"/> <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"/>		<input type="checkbox"/> CA19-9	2,200	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
胃	<input type="checkbox"/> 胃部X線(バリウム)	11,000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SCC	2,200	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡(胃カメラ)	14,300	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CYFRA	2,200	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
大腸	<input type="checkbox"/> 大腸CT検査 ※一泊プレミアムには含まれる	29,700	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ProGRP	2,200	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 便潜血検査(2回法)	900	<input type="checkbox"/> <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"/>
甲状腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー	4,400	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 食物アレルギー16項目	14,300	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 甲状腺検査(TSH+FT3+FT4)	3,850	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 成人アトピー16項目	14,300	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
乳腺 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	3,960	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	3,850	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 栄養指導	3,300	<input type="checkbox"/> <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"/>		<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群	7,700	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 子宮体部細胞診	7,370	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

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 ( : ) 隣がん日時(MRCP) ( 月 日 : )

トレッドミル ( : ) 大腸CT日時 ( 月 日 : )

心エコー時間 ( : )

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
				1診 2診

- 便
- ピ
- 喀
- 尿

備考

共通	スタンダード	プレミアム	一泊プレミアム
<input type="checkbox"/> 胸XP	<input type="checkbox"/> 胸CT	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> MR
<input type="checkbox"/> 4項目	<input type="checkbox"/> マンモ(女性)	<input type="checkbox"/> 頸部エコー	<input type="checkbox"/> 頸部エコー
<input type="checkbox"/> 胃カメラ(口・鼻)		<input type="checkbox"/> ABI+PWV	<input type="checkbox"/> 大腸CT
<input type="checkbox"/> バリウム			<input type="checkbox"/> ABI+PWV