

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 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / ()										
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	【	】 保険証保険者番号
	→ <input type="checkbox"/> 保険者名称	【	】

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"/> 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	
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】	【ご希望の検査方法をお選びください。】
	<input type="checkbox"/> 心臓 【30,800円】	<input type="checkbox"/> 乳腺 【9,900円】	<input type="checkbox"/> 大腸 【33,000円】	<input type="checkbox"/> 大腸CT検査 <input type="checkbox"/> 大腸カメラ検査(麻酔あり) <input type="checkbox"/> 大腸カメラ検査(麻酔なし)

⑤ご希望の胃腸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	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 11:15 ② 11:25 ③ 10:55
	<input type="checkbox"/> 経鼻 → 経鼻受診歴		
<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)			
<input type="checkbox"/> 胃腸検査を実施しない			

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"/> MR	体内金属	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (金属名 部位)
<input type="checkbox"/> MR	インプラント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 泊	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
---------	-------	--------------------

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"/>	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"/> 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"/> 頸部エコー(頸動脈+甲状腺)	4,950	<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"/> 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"/> 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"/> ペプシノゲン		1,320	<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"/> ピロリ抗体+ペプシノゲン	2,420	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	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"/> 心臓エコー(心電図検査含む)	11,110	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CA125(女性)	2,200	<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"/> 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"/>
腹部	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	5,830	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> AFP	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"/> CA19-9	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"/> SCC	2,200	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 胃管内視鏡(胃カメラ)	14,300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CYFRA	2,200	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 麻酔	2,800	<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) <input type="checkbox"/> 麻酔	29,700 2,800	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 食物アレルギー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"/> 成人アトピー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"/>	その他	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	3,960	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 甲状腺検査(TSH+FT3+FT4)	3,850	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 栄養指導	3,300	<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"/> 歯科検診	5,000	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	3,850	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 文書料	3,300	<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"/> 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 (:) 乳腺診察枠 (月 日 :)

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

【共通】	【スタンダード】	【プレミアム/脳】	【一泊】	【脳】	【乳腺】	【大腸】	【心臓】
<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"/> MR	<input type="checkbox"/> マンモ	<input type="checkbox"/> 大腸CT	<input type="checkbox"/> 心エコー
<input type="checkbox"/> 生理(ECG・腹エコ)	<input type="checkbox"/> マンモ(女性)	<input type="checkbox"/> ABI+PWV	<input type="checkbox"/> 胸CT(肺コース)	<input type="checkbox"/> ABI+PWV	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> 大腸カメラ	<input type="checkbox"/> 負荷心電図
<input type="checkbox"/> 胃カメラ(口・麻)		<input type="checkbox"/> 頸部エコー(頸+甲)	<input type="checkbox"/> マンモ(女性)	<input type="checkbox"/> 頸部エコー(頸+甲)		【膀胱】	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> 胃カメラ(鼻・滅)						<input type="checkbox"/> MRCP	
<input type="checkbox"/> バリウム							