

協会けんぽ生活習慣病予防健康診断・協会けんぽドック申込書

★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 / ()
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 女	生年月日 昭和 平成 西暦	年	月	日 () 歳
住所 〒 (-)	連絡先 (自宅)		-	-	
	(携帯)		-	-	

③保険証に記載してある会社名(正式名称)・電話番号・記号・番号・保険者番号を必ずご記入ください。

☐ 会社名	【	】	記 号	【	】
☐ 電話番号	【	】	番 号	【	】
				保険証保険者番号【	】

④ご希望のコースにチェックしてください。

協会けんぽ	☐ 一般健診  ※一般健診を受診の方は⑤の胃部検査方法を選択してください			
	☐ 子宮頸がん検診(単独) ※対象年齢あり			
一般検査追加項目 (付加・乳がん・子宮頸がん は対象年齢あり)	☐ 付加健診			
	☐ 乳がん検診 一方向(50歳以上) 二方向(40歳～48歳)			
	☐ 子宮頸がん検診(併用)			
	☐ 肝炎ウイルス検診 ※受診条件あり			

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】	☐ ドック脳コース 【70,950円】
一泊人間ドック	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)			
	☐ スタンダード 	☐ 琵琶湖ホテル 【男性80,300円】 【女性85,800円】	☐ びわ湖大津プリンスホテル 【男性80,300円】 【女性85,800円】	☐ ピアザびわ湖 【男性77,550円】 【女性83,050円】
	☐ プレミアム 	☐ ピアザびわ湖 【131,450円】 (ホテル休業中はご自宅からの通院となり、料金は変わりません)		

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 ☐ なし	※一般健診で胃カメラに変更される場合は、 3300円の追加料金をいただきます。
☐ 胃透視(バリウム) ☐ 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 ・体内金属 ☐ なし ☐ あり (金属名 ・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。	食べ物 部位 その他 ()
---	----------------------

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	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	☐ ☐	ピロリ菌検査	☐ 便中ピロリ抗原検査	2,200	☐ ☐
胸部	☐ 胸部X線	3,080	☐ ☐		☐ 血中ピロリ抗体検査	1,100	☐ ☐
	☐ 肺機能検査	2,090	☐ ☐		☐ ペプシノゲン	1,320	☐ ☐
	☐ 胸部CT	19,250	☐ ☐		☐ ピロリ抗体+ペプシノゲン	2,420	☐ ☐
	☐ 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	☐ ☐
	☐ 胃部内視鏡検査(胃カメラ)	14,300	☐ ☐		☐ ProGRP	2,200	☐ ☐
大腸	☐ 大腸CT検査	29,700	☐ ☐	眼科	☐ 眼底検査	1,650	☐ ☐
	☐ 便潜血検査(2回法)	900	☐ ☐		☐ 眼圧検査	900	☐ ☐
甲状腺	☐ 甲状腺エコー	4,400	☐ ☐		☐ 色覚検査	520	☐ ☐
	☐ 甲状腺検査(TSH+FT3+FT4)	3,850	☐ ☐	アレルギー	☐ 鼻炎・喘息16項目	14,300	☐ ☐
乳腺 (女性のみ)	☐ マンモグラフィー	6,950	☐ ☐		☐ 食物アレルギー16項目	14,300	☐ ☐
	☐ 乳腺エコー	3,850	☐ ☐		☐ 成人アトピー16項目	14,300	☐ ☐
子宮 (女性のみ)	☐ 子宮頸部細胞診	9,350	☐ ☐	その他	☐ 骨密度検査	3,960	☐ ☐
	☐ 子宮体部細胞診	7,370	☐ ☐		☐ 栄養指導	3,300	☐ ☐

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 (:) 膝がん日時(MRCP) (月 日 :)
トレッドミル (:) 大腸CT日時 (月 日 :)
心エコー時間 (:)

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
☐ ビ
☐ 喀
☐ 尿

備考

共通(一般)

☐ 胸XP
☐ ECG
☐ 胃カメラ(口・鼻)
☐ バリウム

付加

☐ 肺機能
☐ 腹エコー
☐ 眼底