

令和6年度 小千谷総合病院 1日人間ドック申込書

受診月	年 月 日	月 日 頃	
○受診できる期間・曜日などが限られている場合、ご記入ください			
●受診できない日程・曜日があればご記入ください			
フリガナ		性別	
氏名		男女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	前回受診歴(病院使用欄)	
自宅の住所	〒 - -		
電話番号	- -		
昼間の連絡先	自宅・職場・携帯 - - 0258-81-1620よりお電話いたします。出られない場合は、折り返しのお電話をお願いいたします。		
胃の検査希望 (希望に○印)	胃カメラ(経口・経鼻)・バリウム・胃の検査なし ※初めて胃カメラをお申し込みの方は、経口になります。 経鼻の胃カメラは、前回胃カメラを鼻から実施した方や口からできない方に限ります。 胃カメラは定員が限られていますので、ご希望に沿えない場合があります。		
オプション検査 (希望に○印) ※PSA以外当日 申込不可	喀痰細胞診検査	2,750円	【男性のみ】
	胸部CT検査	13,200円	前立腺がん検査(PSA)
	胃がんリスク検診(ABC検診)	3,850円	1,650円
	骨密度検査	3,960円	【女性のみ】
	動脈硬化度検査(CAVI)	1,650円	マンモグラフィー
	脳ドック	27,500円	4,730円
	内臓脂肪CT	3,300円	乳房超音波検査(マンモグラフィーと併用)
	※R5～ 眼圧検査がドックのコースに 含まれました		3,080円
			子宮がん検診 ※ (子宮頸部細胞診・エコー・内診)
		3,960円	
		HPV検査(子宮がん検診に追加)	
		4,400円	
		更年期ホルモン検査	
		2,750円	
※子宮がん検診はオプションです。予約が必要ですので、事前にお申し込みください。			
保険証の種別	()国民健康保険・市町村職員共済組合()市役所・役場)		
	()健康保険組合・後期高齢()		
	その他()		
ドック料金(ご本人負担額)は、所属している健康保険組合等の助成額により異なります。 (全額自己負担の場合は、40,700円です) 胃カメラの差額料金はありません			
受診日	年 月 日 (曜日)		

※受診日は、決まり次第「昼間の連絡先」へご連絡いたします

※消費税10%の料金です

受付者	カレンダー入力
	済・未