

## 令和2年度 小千谷総合病院 1日人間ドック申込書

受診月	年 月～ 月頃		
○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 前回受診歴(病院使用欄)
生年月日	昭和・平成	年 月 日	ID番号(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
	眼圧検査	900円	乳房超音波検査(マンモグラフィーと併用)
			3,080円
		子宮がん検診※ (子宮頸部細胞診・エコー・内診)	3,300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) ( )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、39,600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