

令和5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
○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	前回受診歴(病院使用欄) 男 女
生年月日	ID番号(病院使用欄) 昭和・平成 年 月 日
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) 1,650円
	胃がんリスク検診(ABC検診) 3,850円 【女性のみ】
	骨密度検査 3,960円 マンモグラフィー 4,730円
	動脈硬化度検査(CAVI) 1,650円 乳房超音波検査(マンモグラフィーと併用) 3,080円
	脳ドック 27,500円 子宮がん検診 ※ 3,960円
	内臓脂肪CT 3,300円 (子宮頸部細胞診・エコー・内診)
	※R5～ 眼圧検査がドックのコースに含まれました 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。	
保険証の種類別	()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、40,700円です) 胃カメラの差額料金はありませ
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