

令和8年度 小千谷総合病院 1日人間ドック申込書

受診月	令和 年 月 ～ 月頃			
○ 受診できる期間・曜日などが限られている場合はご記入ください				
● 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	前回受診歴（病院使用欄）	
氏名		男 女		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	ID番号（病院使用欄）		
自宅の住所	〒 ー ー			
電話番号	ー ー			
昼間の連絡先	自宅 ・ 職場 ・ 携帯 ー ー 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 (ご希望に○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。 経鼻胃カメラは、これまでに経鼻胃カメラを行ったことのある方や経口で実施できない方に限ります。 胃カメラは定員がございますので、ご希望に沿えない場合はご了承ください。			
オプション検査 (ご希望に○印)	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)	1,980 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	4,730 円
	動脈硬化度検査 (CAVI)	1,650 円	乳房超音波検査 (マンモグラフィと併用)	3,080 円
	内臓脂肪CT	3,300 円	子宮がん検診 (頸部細胞診・エコー・内診)	3,960 円
	脳ドック	27,500 円	HPV検査 (子宮がん検診に追加)	4,400 円
	※PSA以外 当日申込不可		更年期ホルモン検査	2,750 円
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 ()			
料金	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 41,800円 ※胃カメラ差額 2,200円			
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。

※料金は消費税込みの金額です。

受付者	予約
	済・未