

2024年度 京都市国民健康保険 人間ドック申込み票

※誕生日が昭和24年7月2日以前の方は、ご受診いただけません。

* 赤枠内のご記入をお願いします

フリガナ				男 ・ 女
氏名				
生年月日	昭和	年	月 日 (歳)	
住所	〒			(様方)
連絡先	自宅	:	—	
※ご自宅と携帯電話をお持ちの方は 両方ご記入下さい ※日中つながる番号をご記入ください	携帯電話	:	—	
	その他	:	—	

受診希望日	年	月	～	月頃
胃の検査	胃カメラ (経口 ・ 経鼻 ・ 経鼻用カメラを口から ・ 鎮静剤使用) バリウム ・ 受けない			
前立腺腫瘍マーカー	受ける ・ 受けない			
乳がん検診	マンモグラフィ ・ 乳房エコー ・ 受けない			
子宮がん検診	受ける ・ 受けない			

オプション検査 ご希望の方はご記入下さい (別途料金が発生します。)	脳ドック (MRI ・ MRA) ・ 骨密度 (大腿頸部 ・ 腰椎 ・ 大腿頸部+腰椎) 胸部CT ・ 腹部CT ・ ファットスキャン ・ HPV検査 腫瘍マーカー (消化器系) ・ 卵巣腫瘍マーカー ・ 甲状腺機能検査 NT-proBNP検査 ・ ヘリコバクターピロリ抗体検査 エコー検査 (頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 心臓) ・ 脈波伝導速度 (ABI/CAVI)
備考	

※予約日・詳細に関しては後日当院からの連絡をお待ちください。

※全検査で医師の希望はお伺いできません。希望される場合は、外来受診をしてください。

※ご連絡が2週間取れない場合、キャンセル扱いとなります。ご了承ください。

※胃カメラの検査をご希望で経鼻用スコープをご利用の場合は、別途¥2,200 (税込) 必要になります。

★ドック室使用欄					
予約対応	台帳	TAC	電カル	新規登録	カルテ番号 :
/	/	/	/	/	
					前回受診日 :
予約決定日	年	月	日 ()	:	
					日本パプテスト病院 / :