

2024年度
後期高齢者 人間ドック申込み票

※2024年8月1日時点で75歳以上の方が対象です。

後期

* 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	携帯電話 : - -	
※日中つながる番号をご記入ください	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
乳がん健診	マンモグラフィ ・ 乳房エコー ・ 受けない
子宮がん健診	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。

自己負担額

男性:30,300円
女性:34,600円

(乳がん・子宮頸部がん含む)

★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					/ :