

2025年度
後期高齢者 人間ドック申込み票

※2025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	平成・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 ・ アレルギー検査 エコー検査 (頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 心臓) ・ 脈波伝導速度 (ABI/CAVI) 簡易睡眠時無呼吸検査
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 () :				
日本バプテスト病院					/ :