

# 2026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26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	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 ・ 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の場合は、別途料金が必要になります。

経口用スコープ¥2,200 (税込) 経鼻用スコープ (細) ¥3,300 (税込)

※子宮がん検診は、平日のみの実施となります。

★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					/ :