

人間ドック 申込書

お名前	フリガナ	お申込日	平成 年 月 日
		性別	男 ・ 女
		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日（満 歳）
ご住所	〒 —		
日中連絡先	ご自宅 勤務先 携帯	()	
その他連絡先	ご自宅 勤務先 携帯	()	

基本ドック（半日コース）	
料金	¥32,400

オプション検査（基本ドックに追加となります。希望の番号を○で囲んでください）								
① 腫瘍 マーカー 検査	(1)	大腸・膵臓・胆嚢 がん検査	CEA CA19-9	¥3,080	②	血液型検査	ABO式 Rh式	¥610
					③	甲状腺機能検査	TSH FreeT4	¥3,080
	(2)	肝細胞がん検査	AFP PIVKAⅡ	¥3,080	④	心機能検査	BNP	¥2,050
	(3)	卵巣がん検査	CA125	¥2,050	⑤	アレルギー検査	3項目	¥3,600
	(4)	前立腺がん検査	PSA	¥2,050	⑥	CT検査	肺CT	¥10,280
	(5)	肺がん検査	シフラ ProGRP SCC抗原	¥5,650	⑦	リウマチ検査	抗CCP抗体	¥3,080

ペースメーカーの有無	あり・なし	埋め込み型除細動器の有無	あり・なし
------------	-------	--------------	-------

検査希望日	第1希望日	月 日 (曜日)	当院受診の有無	あり・なし
	第2希望日	月 日 (曜日)		
	第3希望日	月 日 (曜日)	診察券番号	

※ 土日祝日は休診のため、月～金で記入願います。第2希望日、第3希望日もご記入ください。
 ※ 当院を受診されたことのある方は、診察券番号をご記入ください。

■ ご記入いただいた情報は、人間ドック等予約受付及び問診票・結果報告書の発送にのみ使用します。

***** お申込みは *****
 ◎ 本用紙をご記入の上、下記FAX番号まで送信ください。
 身延町早川町組合立 飯富病院 人間ドック受付
 TEL 0556-42-2322 FAX 0556-42-3481