

# 人間ドック申込書

昭和医科大学横浜市北部病院

こちらのみ御記入下さい	診察券登録番号		申込日 西暦 年 月 日					
	氏名	姓	名	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日( )歳	性別	1、男	
							2、女	
	現住所	フリガナ (〒 - )						
	郵送先	フリガナ (〒 - )						
電話	自宅連絡先 ( ) -			携帯番号(その他) ( ) -				
※	基本検査 料金： 50, 000円(税込55,000円)							
	1. 脳ドック 料金： 35, 000円(税込38,500円)				◆バリウムドックを 申し込まれた方は お答え下さい。 ①胃切除の処置を受けたことがある ある      ない ②腸閉塞になったことがある ある      ない ③クローン病になったことがある ある      ない ④重度の便秘症である ある      ない ⑤ご自身で体位変換ができる できる    できない			
	2. 肺がんドック 料金： 18, 000円(税込19,800円)							
	3. 大腸がんドック 料金： 30, 000円(税込33,000円)							
	4. 胃がんドック 料金： 25, 000円(税込27,500円)							
	5. バリウムドック 料金： 12, 000円(税込13,200円)							
	6. 婦人科ドック 料金： 15, 000円(税込16,500円) 料金： 7, 000円(税込7,700円)(HPV追加料金)							
	7. 乳がんドック 料金： 15, 000円(税込16,500円)							
	8. 甲状腺ドック 料金： 10, 000円(税込11,000円)							
	合計金額： 円(税込)				当院人間ドック受診歴 有り      ・      無し 年      月      日			
1日目		西暦		年      月      日( )				
2日目		西暦		年      月      日( )				
3日目		西暦		年      月      日( )				
※欄は記入なさらないで下さい。 ※オプションのみの受診は出来ませんのでご了承ください。								
封入	Wチェック	身体状況情報		HOPE	入力	Wチェック	事前準備	受付者
		人工透析 有・無						
		ペースメーカー 有・無						
		付添い 必要・不要						

※申込時のコース内容に変更を希望される場合は、必ず電話でのご連絡をお願い致します。