

# 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	性別	1、男
					年 月 日( )歳		2、女
	現住所	フリガナ (〒 - - )					
	郵送先 結果書類	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)

### 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)

### ◆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クローバ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

### 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
		人工透析 有・無
		ペースメーカー 有・無
		付添い 必要・不要

HOPE	入力	Wチェック	事前準備	受付者

※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。