人間ドック申込書

昭和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（事前書類結果）	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。