

# 人間ドック・脳ドック 申込書 (2025.4～)

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭・平	年	月 日(満 歳) 男・女
住 所	〒            —		
電話番号	(            )            —		
他の連絡先	(            )            —		
人間ドックの種類	ご希望のコースに○をして下さい <span style="float: right;">(税込)</span>		
		人間ドックA (¥44,000)	人間ドックB (¥41,500)
		人間ドックC (¥37,700)	人間ドックD (¥35,500)
	人間ドックE (生活習慣病予防健診) (¥23,200)		
	胃カメラ (A・Cコース) 希望に○をして下さい	普通サイズ	細ファイバー 鼻ファイバー
オプション検査	※ 上記コースに加えてオプション検査を希望される場合、○をしてください。 <span style="float: right;">(税込)</span>		
	女性のみのみ	乳がん検査(マンモグラフィ) (¥6,182)	
		乳がん検査(エコー) (¥3,850)	
		子宮がん検査 (¥3,575)	
	男性のみのみ	PSA検査 (¥2,915)	
	共通	HBs抗原、HCV抗体 (¥3,025)	
		感染症検査(HBs抗原、HCV抗体、TP抗体、RPR) (¥3,542)	
		ピロリ菌抗体検査 (¥2,354)	
	単独検診	乳がん検査(マンモグラフィ) (¥9,449+文書料¥1,100)	
		乳がん検査(エコー) (¥7,117+文書料¥1,100)	
子宮がん検査 (¥6,842+文書料 ¥1,100)			
脳ドック	※ 検査項目は頭部MRI・頭部MRA・頸部MRAです。希望される場合は、いづれかに○をしてください <span style="float: right;">(税込)</span>		
		人間ドック + 脳ドック検査 (¥22,880)	
	脳ドック単独検査 (¥27,150)		
希望日	年    月    日    曜日 (希望がなければ空白としてください)		
健康保険証の内容	協会けんぽ ・ 組合保険 ・ 共済組合 ・ 国保 ・ その他		
	保険者番号(            )	本人・家族	
	記 号 (            )	番 号 (            )	
	保険者名 _____		
	事業所名 _____		
	事業所住所 _____		
	電話番号 (            )            —		
受診歴	近江八幡市立総合医療センターを受診したことがありますか？		
	有    ・    無		
	* 有の方は診察券番号を記入ください (            ) - (            ) - (            )		