

人間ドック・脳ドック 申込書 (2026.4～)

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	() -	(携帯・自宅・その他)			
人間ドックの種類	ご希望のコースに○をして下さい (税込)				
	<input type="checkbox"/>	人間ドックA (¥44,000)	<input type="checkbox"/>	人間ドックB (¥41,500)	
	<input type="checkbox"/>	人間ドックC (¥37,700)	<input type="checkbox"/>	人間ドックD (¥35,500)	
	<input type="checkbox"/>	人間ドックE (生活習慣病予防健診) (¥23,200)			
	希望の胃カメラ (A・Cコース)に○をして下さい	<input type="checkbox"/> 普通サイズ	<input type="checkbox"/> 細ファイバー	<input type="checkbox"/> 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。 (税込)				
	女性のみ	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(マンモグラフィ) (¥6,182)		
		<input type="checkbox"/>	乳がん検査(エコー) (¥3,850)		
		<input type="checkbox"/>	子宮がん検査 (¥3,575)		
	男性のみ	<input type="checkbox"/>	PSA検査 (¥2,915)		
	共通	<input type="checkbox"/>	HBs抗原、HCV抗体 (¥3,025)		
		<input type="checkbox"/>	感染症検査(HBs抗原、HCV抗体、TP抗体、RPR) (¥3,542)		
		<input type="checkbox"/>	ピロリ菌抗体検査 (¥2,354)		
		<input type="checkbox"/>	骨粗鬆症検査(DEXA法・腰椎)(¥3,960)		
		<input type="checkbox"/>	喀痰検査(¥2,090)		
		<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー男性セット(8種)	(¥9,900)	種類については別紙のオプション検査 一覧表を確認下さい
		<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー女性セット(9種)	(¥9,900)	
		<input type="checkbox"/>	男性セット (¥4,950)		
	<input type="checkbox"/>	女性セット (¥4,950)			
単独検診	<input type="checkbox"/>	肺がんセット(4,180)			
	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(マンモグラフィ) (¥9,570+文書料¥1,100)			
	<input type="checkbox"/>	乳がん検査(エコー) (¥7,238+文書料¥1,100)			
	<input type="checkbox"/>	子宮がん検査 (¥6,963+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、いずれかに○をしてください。 (税込)				
	<input type="checkbox"/>	人間ドック + 脳ドック検査(¥22,880)	<input type="checkbox"/>	脳ドック単独検査(¥27,368)	
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 _____				
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 () - () - ()				