

人間ドック申込書

ご住所	〒	連絡先(自宅)	
		携帯電話	
		FAX 番号	
フリガナ		生年月日	性別
氏名		大正 昭和 年 月 日 平成 歳	男・女
保険種別	国民健康保険・協会けんぽ【本人・扶養者】・その他健康保険		
当院での ドック受診歴	あり・なし (診察券番号)	新潟市 受診券	あり・なし
人間ドック優待券	あり(2,000円・5,000円・10,000円)・なし		
服薬用	あり()・なし		

人間ドック希望日(月・火・水・木・金)

第1希望日	年 月 日(曜日)	胃透視・経鼻内視鏡・経口内視鏡
第2希望日	年 月 日(曜日)	胃透視・経鼻内視鏡・経口内視鏡

オプション検査〈希望の検査に○を付けてください。〉

○	検査項目	金額	備考
	頭部MRI検査	13,200円	
	骨密度測定検査	3,060円	
	前立腺特異抗原検査	3,060円	
	乳がんマンモグラフィ検査	5,100円	
	子宮がん検診	4,070円	<u>火・木・金のみ</u>
	胃がんリスク検診	3,060円	
	肺がんスクリーニングCT検査	5,100円	
	内臓脂肪CT検査	3,060円	

お問合せ先 TEL 025-372-2191

申込書送先 FAX 025-372-6606 ドック・健診センターまでお気軽にお問合せください。

確定のご連絡は原則午後となります。こちらからのご連絡がない場合は、お手数ですが、ドック・健診センターまでご連絡をお願い致します。