

# 人間ドック・健康診断申込書

企業・個人

大垣徳洲会病院 健診センター 行

FAX:0584-77-6159

申込日:令和 年 月 日

受診者ID						
ふりがな				昭和	年 月 日	男・女
氏名				平成		
ふりがな						
住所	〒 -					
電話番号			携帯電話番号 (日中につながる電話番号)			

受診希望日	第一希望	第二希望	第三希望
	月 日( )	月 日( )	月 日( )

\*受診希望日は、申込日から3週間以降の日でお願いします。ご希望にそえない場合もございますので予めご承知おきください。

病院記入欄	実施予定日	令和 年 月 日( )	受付時間	時 分
-------	-------	-------------	------	-----

※ご希望の項目に○をお付けください。一人一枚記入でお願いします。

		料金(税込)	
		バリウム	カメラ
ドック	基本ドックAコース	30,800	36,300
	基本ドックBコース	36,520	42,020
	レディースドックコース (乳腺超音波 orマンモ)	44,220	49,720
	メンズドックコース	35,420	40,920
健診	定期A	5,500	/
	定期B	8,580	
脳ドック	脳ドック	31,460	

オプション検査	料金(税込)			料金(税込)			料金(税込)		
	項目	内容	料金	項目	内容	料金	項目	内容	料金
腫瘍マーカー	1	男性腫瘍マーカー(5種)	7,700	メタボ	16	内臓脂肪CT	4,400		
	2	女性腫瘍マーカー(5種)	7,700	血管・動脈硬化	17	ABI+PWV	3,520		
	3	PSA	1,650		18	頸動脈超音波	5,500		
脳	4	MRI+MRA	22,550	心臓機能	19	心臓超音波	10,560		
甲状腺	5	甲状腺超音波	5,500	腹部エコー	20	腹部超音波(上腹部のみ)	5,500		
	6	甲状腺超音波+FT3+FT4+TSH	11,000	胃・十二指腸	21	ペプシノーゲン	3,300		
肺がん	7	胸部CT	11,000		22	ピロリ菌	3,300		
	8	胸部CT+喀痰+腫瘍マーカー	15,400		23	ペプシノーゲン+ピロリ菌	5,500		
大腸	9	便潜血	880		24	胃部X線(バリウム)	10,560		
乳がん	10	マンモグラフィ	5,500	骨密度	25	骨密度	3,740		
	11	乳腺超音波	5,500	アレルギー	26	アレルギー検査	9,900		
	12	乳腺超音波+マンモグラフィ	10,010						
婦人科	13	子宮頸部細胞診+経膈超音波	4,400						
	14	子宮頸部・体部細胞診+経膈超音波	8,800						
	15	HPV+子宮頸部細胞診+経膈超音波	10,120						

- ・胃カメラ検査で鎮静剤をご使用の場合、別途(1,100円)頂きます。
- ・ドックの検査内容を十分ご理解の上、お申し込みください。
- ・定期A・定期Bは労働安全衛生法に基づく健診内容です。

病院記入欄	予約	/	:
-------	----	---	---

大垣徳洲会病院 健診センター

TEL : 0584-84-2015 FAX: 0584-77-6159

電話予約受付時間 13時~16時 (月~金曜日)