

※お申込みはお一人様1枚のみ。複数枚のお申込はすべて無効とします

令和4年度 千葉市 人間ドック予約申込書

		診察券No.	
かな氏名		生年月日	T S 年 月 日
漢字氏名		男・女	歳
住所	〒 - 区		
電話番号	携帯電話	自宅TEL	
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック+脳ドック(複合ドック)		
胃部検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(+1000円) <input type="checkbox"/> バリウム検査 <input type="checkbox"/> 検査希望なし		
呼吸機能検査	※当院ドックでは休止中の為、お申し込み頂けません		

ご記入ください

●希望があるものにを入れて下さい。右列は希望順に番号を付けて下さい

オプション検査	採血検査	<input type="checkbox"/> 前立腺マーカー(PSA)	→	頭部MRI検査
		<input type="checkbox"/> 脳梗塞リスクマーカー	右	乳腺超音波検査
		<input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査	は	骨粗鬆症検査
		<input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査	3	肺癌検査(胸部CT+喀痰)
		<input type="checkbox"/> HIV抗体検査	つ	胸腹部CT検査
		<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査	迄	内臓脂肪測定
		<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	※	↑※脳ドック同時受診者は1つのみ可

●同時受診の千葉市がん検診・節目検診の希望 (市発行のシールを確認)

<input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィー1・2方向)	<input type="checkbox"/> 肝炎検査
<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診

病院記入欄	・腹部エコー	:	・MRI	:
	・MDL	:	・US (頸動脈)	:
	・G I F (口・鼻)	:	・CT (マルチ・胸・内脂)	:
	・US (乳)	:	・DEXA (般・市)	:
	<input type="checkbox"/> 承認通知書 <input type="checkbox"/> 特定健診シール <input type="checkbox"/> がん検診シール		ド・Y・M	

※令和4年9月～令和5年2月の6か月間で、**受診希望月**を順番にご記入ください

第1希望	月	備考 例) ●毎週火～木曜希望 ●9/12、9/24 × 等
第2希望	月	
第3希望	月	
第4希望	月	
第5希望	月	
第6希望	月	

【注意事項】 (確認の上、必ずご署名ください)

- 医療機器の植込み・装着がある場合、申込前に必ずご相談ください
- 千葉市発行の「承認通知書」がない場合、一般料金でご受診頂きます
- 新型コロナ流行等の情勢により、ドックが中止になる場合があります
- ドックと同日の外来受診はできません

以上を確認・了承の上、申し込みます

月 日 ご署名