

※お申込みはお一人様1枚のみ。複数枚のお申込は無効となります

## 令和8年度 千葉市 人間ドック予約申込書

診察券NO.	病院管理欄 (記載禁止)		
かな氏名	生年月日	T S H	年 月 日
漢字氏名	男・女	誕生日後の年齢 歳	
住所	〒 - 区		
電話番号	携帯電話	自宅TEL	
胃部検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(+1,400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	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する(+1,300円)		
ご希望のオプションに☑を入れて下さい。右列は希望順に番号を付けて下さい			
ご希望のオプション検査	<input type="checkbox"/> 前立腺マーカー(PSA)	↓ 希望順に3つ迄※	頭部MRI検査
	<input type="checkbox"/> 脳梗塞リスクマーカー		脳検査セット(MRI+頸動脈超音波)
	<input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査		MRCP(膵臓・胆道系MRI)
	<input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査		骨粗鬆症検査 <input type="checkbox"/> 採血希望
	<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査		胸部CT検査
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー		胸腹部CT検査
※上記右側のオプション検査は時間がかかるため、全てをご案内出来ないことがあります			
☑ 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1・2)		<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	
<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク(39歳以下)	

病院記入欄	・腹部エコー	:	・MRI(頭部・膵)	:
	・MDL	:	・US(頸動脈)	:
	・GIF(口・鼻)	:	・CT(胸腹・胸・内脂)	:
	・US(乳)	:	・DEXA(般・市)	:
	<input type="checkbox"/> 承認通知書 <input type="checkbox"/> 健診シール <input type="checkbox"/> がん検診シール <input type="checkbox"/> ペースメーカー/装着機械無 <input type="checkbox"/> MDL注意事項			

※令和8年9月～令和9年2月の間で、**受診希望月**を順番にご記入ください  
同じ月を複数書かないようご注意ください

**日にちや担当医の指定はできません** (例年9～11月の胃カメラ希望は大変混雑しております)

第1希望月	備考	例) ●毎週木曜不可 ●9/12、9/24 × 等
第2希望月	備考	
第3希望月	備考	
第4希望月	備考	
第5希望月	備考	
第6希望月	備考	

本申込書のご提出をもって、要項の注意事項をご確認・ご承諾頂いた上でのお申込みとさせていただきます