

人間ドックにお問い合わせいただきありがとうございました。ご希望の方は以下を記入していただき、FAXまたは郵送でご返信ください。詳細について後日こちらから連絡させていただきます。

〒501-5121 岐阜県郡上市白鳥町為真1205-1
 県北西部地域医療センター
 国保白鳥病院 健康サポートセンター
 電話0575-82-3131 FAX0575-82-2708

人間ドック申込書(FAX0575-82-2708、郵送用)

ふりがな 氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日生	性別 男・女
住所 〒 -	電話番号 () -	日中の連絡先 () -

◆希望コースに○をつけてください。

- () Aコース(半日コース)
 () 直腸検査
 () 甲状腺検査

料 金 (税込)
 32,400 円
 無料
 無料

- () Bコース(3時間コース)

21,600 円

◆胃がん検査の検査方法を選択して○をつけてください。

- () 胃バリウム検査 ・ () 胃カメラ検査(経口・経鼻)

※胃カメラ検査の場合、内服状況などを確認します。

◆オプションを希望される方は○をつけてください。

- () 喀痰細胞診検査(肺がん検査)
 () 胸部CT検査
 () 頸部血管超音波検査
 () 骨密度検査
 () 抗核抗体検査(自己免疫検査)
 () 前立腺検査(前立腺特異抗原)
 () 婦人科検査(子宮頸部がん検査)
 () 乳房検査(乳がん検査)
 () 腹部超音波検査(Bコースで希望される方)

3,670 円
 15,870 円
 5,940 円
 3,800 円
 1,160 円
 1,440 円
 3,670 円
 4,552 円
 5,720 円

◆希望日

*土日、祝日休業

第一希望	月	日	曜日
第二希望	月	日	曜日
第三希望	月	日	曜日