

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。 \*料 金 (税別)
- ( ) Aコース(半日コース) 30,000 円
- ( ) Bコース(3時間コース) 20,000 円

- ◆胃がん検査の検査方法を選択して○をつけてください。(要予約)
- ( ) 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。(要予約) \*料 金 (税別)
- ( ) 喀痰細胞診検査(肺がん検査) 3,400 円
- ( ) 胸部CT検査 14,700 円
- ( ) 頸部血管超音波検査 5,500 円
- ( ) 血管年齢(ABI:足関節/上腕血圧比 PWV:脈波伝播速度) 1,300 円
- ( ) 骨密度検査 3,600 円
- ( ) 甲状腺超音波検査 3,500 円
- ( ) 乳房検査(乳房超音波検査) 3,500 円
- ( ) 乳房検査(マンモグラフィ2方向撮影) 5,620 円
- ( ) 前立腺検査(前立腺特異抗原) 1,300 円
- ( ) 婦人科検査(子宮頸部がん検査) 3,400 円
- ( ) 腹部超音波検査(BJ-入で希望される方) 5,300 円

\*料金については税率の改正に伴い変更されます  
 端数切捨て(1円単位)

- ◆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