

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(10%税込み)

() Aコース(半日コース) 33,000 円

() Bコース(3時間コース) 22,000 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(10%税込み)

() 喀痰細胞診検査(肺がん検査) 3,740 円

() 胸部CT検査 16,170 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) 1,430 円

() 骨密度検査 3,960 円

() 甲状腺超音波検査 3,850 円

() 乳房検査(マンモグラフィ2方向撮影/超音波検査) 10,030 円

() 婦人科検査(子宮頸部がん検査) 3,740 円

() 前立腺検査(前立腺特異抗原) 1,390 円

() 腹部超音波検査(BJ-7で希望される方) 5,830 円

*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