

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、内服状況を確認します。

- ①内服治療を行っていますか? はい いいえ  
 ②薬の名前を教えてください( )  
 ③主治医の了解をもらってください：胃カメラ同意書にて確認します

◆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)	3,520 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)	3,520 円
( ) 前立腺検査(前立腺特異抗原)	1,360 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