〈2026年度 人間ドック申込書 FAX〉

十全記念病院　予防健診センター
直通FAX番号：053-586-0715
代表番号：053-586-1162
※この用紙を上記番号にFAXしてください

申込日：　　年　　月　　日

ふりがな		性別
受診者氏名		男　・　女
生年月日	大　昭　平　　年　　月　　日	年齢　　歳
ご住所	（〒　　－　　）	
健康保険組合		

※健康保険証の下部に記載されている組合名を記載してください

当院の受診歴	あり　・　なし	診察券番号 ※診察券をお持ちの方	

■受診希望日をご記入お願いします

受診希望日	①　20　　年　　月　　日（　　）	②　20　　年　　月　　日（　　）

■希望されるコースに☑をつけてください

□　基本コース　男性　¥39,600（税込）	□　基本コース　女性　¥39,600（税込）
□　脳ドック　　男性　¥59,700（税込）	□　脳ドック　　女性　¥59,700（税込）

※人間ドックの詳細項目については、別紙のコース一覧表をご覧ください
※脳ドックは標準の人間ドックに「頭部MRI検査」、「頸動脈超音波検査」を追加したコースになります

■下記オプション検査をご希望される方は、下記の申込欄に☑をつけてください　　（税込）

申込欄	検査項目	金額	申込欄	検査項目	金額
□	PET/CT検査	¥95,000	□	心臓検査（心臓エコー+負荷心電図）	¥13,500
□	脳検査（頭部MRI+MRA）	¥20,000	□	乳腺エコー検査	¥3,500
□	上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)	¥5,000	□	頸動脈エコー検査	¥3,500
□	下部消化管内視鏡検査（大腸カメラ）	¥9,500	□	骨密度検査	¥3,500
□	マンモグラフィ	¥5,000	□	血中ピロリ菌抗体検査	¥2,300
□	甲状腺ホルモン検査（血液検査）	¥3,300	□	動脈硬化検査(血圧脈波検査)	¥1,500
□	子宮・卵巣 MRI検査	¥13,500	□	婦人科検診（子宮細胞診）	¥4,400
□	胸部CT検査	¥10,000	□	PSA測定（前立腺がん検査）	¥2,700
□	腹部CT検査（腹部+内臓脂肪）	¥10,000			

※FAXが届き次第、電話連絡を行います。受診日の調整、詳細事項の説明をさせていただきます。
※その他お問い合わせは、予防健診センター代表番号 TEL：053-586-1162までお願い致します。