

人間ドック申込み用紙

検査日:毎週金曜日の午前中

申込日 年 月 日

令和3年度版

FAX送信先

0561-39-0586

東郷町国民健康保険

東郷診療所

〒470-0151

愛知県愛知郡東郷町大字諸輪字北山158-90

TEL 0561-39-0054

※申込み者1名ごとに記入・送信してください

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
電話番号	(必ずご連絡がつく番号)	
FAX	(わかる方のみ)	
東郷診療所での	受診歴	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ⇒ (わかる方のみ) 診察券番号 ()
	バリウム検査	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ⇒ (わかる方のみ) 検査をした年(年ごろ)
	胃カメラ検査	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ⇒ (わかる方のみ) 検査をした年(年ごろ)
人間ドック	<input type="checkbox"/> 特定健診やがん検診と全て併用して申込む (東郷町民の方・年1回・5月~11月)	
	<input type="checkbox"/> 特定健診やがん検診と一部併用して申込む (東郷町民の方・5月~11月)	
	<input type="checkbox"/> 人間ドックのみ申込む (検診は他で予定がある方、検診期間外、東郷町民の方以外) (人間ドックのみを選択された場合は、胃カメラ検査は選択できません)	
胃がん検診と併用の方のみ	<input type="checkbox"/> バリウム検査希望 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査希望 (2年に1回 年齢制限あり)	
ドック希望年月日	年 月 日 (金) 午前中 (検査の内容や、ご予約の人数により、ご希望日にご案内できない場合がございますのでご了承ください)	
追加項目	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり(ご希望の検査項目をチェックしてください)	
	<input type="checkbox"/> 骨密度(エコー)	880円
	<input type="checkbox"/> CEA(腫瘍マーカー)	3,070円 4月~8月に受検する方は無料
	<input type="checkbox"/> CA19-9(腫瘍マーカー)	3,350円
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーセット	4,500円
	<input type="checkbox"/> ピロリ菌便検査	3,300円 12月~翌3月に受検する方は無料
	<input type="checkbox"/> PSA(前立腺がん 血液)	700円 (東郷町の前立腺がん検診を併用しない場合、3,410円になります)
	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	4,070円 1月~翌4月までは2つの検査で
	<input type="checkbox"/> 血圧脈波(CAVI)	2,200円 セットで5,000円(1,270引き)
	<input type="checkbox"/> 甲状腺セット(血液)	3,850円
	<input type="checkbox"/> リウマチセット(血液)	2,310円
<input type="checkbox"/> 心機能検査(血液)	1,320円	
<input type="checkbox"/> LOX-index(血液)	15,000円	
ご要望・質問など		

* わかる範囲内でご記入ください。

* FAX送信の際は、必ずFAX番号をご確認の上ご送信ください。また、ご記入されたFAXの控えを検査日までお持ちください。

* お申込みをいただいた順に、随時受付・検査日時のご案内をさせていただきます、ご予約日をご相談させていただきます。

* FAXを頂いてから、日祝日を除き3日以内に連絡いたしますが、もし、連絡がない場合はお手数ですが再度お電話でご連絡ください