

※お申込みはお一人様 1 枚のみ。複数枚のお申込みはすべて無効とします

令和6年度 千葉市 人間ドック予約申込書

診察券NO.					
かな氏名	生年月日	T S H	年 月 日		
漢字氏名	男・女	誕生日後の年齢 歳			
住所	〒 - 区				
電話番号	携帯電話	自宅TEL			
胃部検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(+1,000円) <input type="checkbox"/> バリウム検査 <input type="checkbox"/> 検査希望なし				
呼吸機能検査	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する(+1,300円)				
※呼吸機能検査は感染症流行の状況によって、実施できない場合がございます					
👉希望オプションに☑を入れて下さい。右列は希望順に番号を付けて下さい					
ご希望 ください	オ プ シ ョ ン 検 査	採 血 検 査	<input type="checkbox"/> 前立腺マーカー(PSA)	→ 希 望 順 に 3 つ 迄 ※	頭部MRI検査
			<input type="checkbox"/> 脳梗塞リスクマーカー		脳検査セット(MRI+頸動脈超音波)
			<input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査		乳腺超音波検査
			<input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査		骨粗鬆症検査
			<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査		胸部CT検査
			<input type="checkbox"/> マンモグラフィー		胸腹部CT検査
※上記右側のオプション検査は時間がかかるため、全てをご案内出来ないことがあります					
👉同時受診の千葉市がん検診・節目検診の希望 (市発行のシールを確認)					
<input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マメ1・2/超音波)		<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診			
<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク(39歳以下)			

病 院 記 入 欄	・腹部エコー	:	・MRI	:
	・MDL	:	・US (頸動脈)	:
	・GIF(口・鼻)	:	・CT(胸腹・胸・内脂)	:
	・US(乳)	:	・DEXA(般・市)	:
	☐承認通知書 ☐健診シール ☐がん検診シール ☐ペースメーカー/装着機械無 ☐MDL注意事項			

※令和6年9月～令和7年2月の間で、**受診希望月**を順番にご記入ください(日にち/担当医の指定は不可)

第1希望	月	備考 例) ●毎週木曜不可 ●9/12、9/24×等
第2希望	月	
第3希望	月	
第4希望	月	
第5希望	月	
第6希望	月	

【注意事項】(確認の上、必ずご署名ください)

- 医療機器の植込み・装着がある場合、申込前に必ずご相談ください
- 千葉市発行の「承認通知書」がない場合、自己負担でご受診頂きます
- 感染症流行等の情勢により、ドックが中止になる場合があります
- ドックと同日の外来受診はできません

以上を確認・了承の上、申し込みます

月 日 ご署名