

※お申込みはお一人様1枚のみ。複数枚のお申込は無効となります

令和7年度 千葉市 人間ドック予約申込書

ご記入ください	診察券NO.	病院管理欄 (記載禁止)		
	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)		
👉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				
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7年9月～令和8年2月の間で、**受診希望月**を順番にご記入ください

日にちや担当医の指定はできません (例年9～11月の胃カメラ希望は大変混雑しております)

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