

令和 7 年度 千葉中央メディカルセンター 千葉市人間ドック実施要項

○実施期間：令和 7 年 9/1(月)～令和 8 年 2/27(金) 平日(月～金)の午前中

○対象者：千葉市人間ドック「承認通知書」が届いている方

○実施予定人数：約 300 人(前年程度) ※ 希望者が上回った場合は抽選

脳ドックは火曜午後のための、人間ドックとの同時実施はしていません
脳ドックは別途、ご予約を承っております (お電話や直接来院：平日 10:00～16:00)

受診日の決定方法

同封の「予約申込書」の希望に沿って、こちらで**抽選にて受診日**を確定します

1. 予約申込書にご記入いただく「第 1 希望月」ごとに抽選
2. 当選順に、備考欄の記載を参考に受診日を確定
3. 以下、「第 2～6 希望月」まで同様の手順にて受診日を確定 (変更不可)

< 注意事項 > 必ずご確認ください！

- ① 着替えや歩行、座り立ち動作などが困難な方は、介添者(同日受診者以外)の同伴が必須条件となります。また、体調に不調を感じている方はドックではなく、速やかに診察を受けて下さい。
- ② **医療器械** (ペースメーカーやシャント、血糖測定器など) が体内に埋め込まれている、あるいは体外に**装着されている方は、必ず申込前にご相談ください**。(機械によっては当日、実施不可能となる検査があります)
- ③ 人間ドック**担当医の希望、外来検査・診察と同日の人間ドック受診**はできません。
- ④ **医師の都合などにより、受診日の調整を頂く可能性があることをご了承ください**
- ⑤ 感染症の流行拡大に伴い、人間ドックおよび一部検査の実施が休止となることがあります。その際、受診日の調整が困難になり人間ドックの受診が不可能となることがあります。

※ 胃カメラ検査や一部オプション検査は、例年大変混みあっており、希望月にご案内出来ない場合が多くございます

予約申込方法

◆ 〆切日：7/4(金)消印有効

◆ 当落結果：7/26(土)発送予定

7/4(金)までに同封の「予約申込書」に漏れなく記入し、来院または郵送にてお申し込みください。

※ 同日受診希望の方は、「予約申込書」の余白などに、わかりやすく記載して下さい (3 名まで可)

当選順によっては、ご希望に沿えない場合があります。

※ 当落結果 (受診日まで当院で決定) は、**7/26(土)普通郵便で発送予定**です。

< 申込先 >

来院の場合：健康管理センター (A 8 番)

郵送の場合：「千葉中央メディカルセンター人間ドック係」まで
(郵送料は自己負担)

○ 郵送でのお申し込みの場合、右側の宛名を切り取ってご利用ください。

〒264-0017

千葉市若葉区加曽利町 1835-1

千葉中央メディカルセンター
人間ドック係 行

「予約申込書」記入方法

【左側の書き方】

①「診察券番号」「氏名」「生年月日」「性別」「年齢」「住所」「電話番号」を記入

② 希望する「胃部検査」「呼吸機能検査」など、希望するものに必ず☑を入れる

③「オプション検査(有料)」の希望がある方は、希望する検査に☑を入れる

※別紙オプション検査の案内をご参考ください

脳検査セットを設けておりますので、複合ドックの代替としてご検討ください
(ただし、千葉市の脳ドック補助はご利用いただけません)

④「千葉市がん検診・節目検診」を同日希望の方は、希望する検査に☑を入れる（記載の検診のみ可）

※ 千葉市から届いている受診券シールにお名前がないと利用できません

※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

診察券NO.	2222	病院管理欄 (記載禁止)
かな氏名	ちば ちゅうおう	生年月日 T 41 年 4 月 7 日 H
漢字氏名	千葉 中央	男・女 59 歳 誕生日後の年齢
住 所	〒 264-0017 若葉 区 加曽利町 1835-1	
電話番号	携帯電話 090-0000-0000 自宅TEL 043-000-0000	
胃部検査	☐ 胃カメラ(+1,400円) ☒ バリウム検査 ☐ 検査希望なし	
呼吸機能検査	☒ 希望しない ☐ 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	☒ 前立腺マーカー(PSA)	→ 希望順に3つ迄 ※
	☐ 脳梗塞リスクマーカー	
	☐ C型肝炎抗体検査	
	☐ B型肝炎抗原検査	
	☐ ピロリ菌検査	
	☐ マンモグラフィー	
		頭部MRI検査
		脳検査セット(MRI+頸動脈超音波)
		乳腺超音波検査
		骨粗鬆症検査
		胸部CT検査
		胸腹部CT検査
		内臓脂肪測定
※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)		
☐ 乳がん検診 (マン1・2/超音波)	☐ 骨粗しょう症検診	
☐ 前立腺がん検診	☒ 肝炎ウイルス	☐ 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(股・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	

診察券の番号をご記入ください(初めてのの方は空欄で)

電話番号は内容確認などのため日中に連絡がとれる番号を記入

※ オプション検査右列は希望順に番号を書いて下さい

最大3つまで可能ですが、検査時間の関係上、不可能な場合があります

◎特に脳検査セットは2つの検査を行うため、3つめはご案内できない可能性があります。

※オプション検査や千葉市がん検診・節目検診は、必ず事前の予約が必要になります

【右側の書き方】

●希望する順に受診希望月を記入

※ 不都合な日付、曜日があれば、記入例を参考に備考欄へ記入
(受診日確定の参考資料となるため、予約済みの当院外来日なども漏れなくご記入ください)

《記入例》

※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	11月	備考 例) ●毎週木曜不可 ●9/12、9/24 × 等 金曜はダメ 15日は診察予約あるためダメ
第2希望	12月	毎週金曜日はダメ
第3希望	1月	金曜はダメ
第4希望	2月	1日から15日の間で希望
第5希望	10月	金曜は不可 20日～25日はダメ
第6希望	9月	水・金曜は× 20日・27日は診察日

【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

6月30日 ご署名 千葉 中央

※ お申込前に、注意事項を再度ご確認ください、了承の上必ずご署名ください
署名がない申し込みは無効となる場合があります
ご署名をもって、同意の上のお申込みとさせていただきます