健診申込書（個人用）

人間ドック・定期健診・特定健診・後期高齢者健診・がん検診のお申し込みにご利用ください。

医療法人成幸会 下松病院 健診部門 宛　FAX 0833-41-2423　TEL 0833-41-2727
受付：月・火・水・金 8:30～17:30／木・土 8:30～12:00　申込日：令和　　年　　月　　日

■ 受診者情報

フリガナ			
お名前		性別	□ 男　□ 女
生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	年齢	歳
ご住所	〒　　－		
お電話		日中の連絡先	
保険証等の記号・番号	記号：　　番号：	受診券番号	（特定健診・後期高齢者健診・がん検診の方）

■ 健診コース（いずれか１つに ✓ をつけてください）

コース	内容・対象	料金（税込）
□ **雇入健診**	入社時の健診（全項目）	**￥8,800**
□ **健診Ⅰ（定期健診）**	34 歳以下・36～39 歳の方 □ 血液検査または心電図を追加する（＋￥2,200）	**￥5,500**
□ **健診Ⅱ（定期健診）**	35 歳の方・40 歳以上の方 （血液検査・心電図を含む全項目）	**￥8,800**
□ **人間ドック**	胃カメラ・腹部超音波・便潜血（2 日法）・呼吸機能を含む／当日医師が結果説明	**￥33,000**
□ **特定健診**	ご加入の医療保険者から受診券が届いた 40～74 歳の方	**保険者により異なります** （下松市国民健康保険は無料）
□ **後期高齢者健診**	75 歳以上の方／受診券をお持ちください	**￥500**

※ 当院では、法令の健診項目と省略基準をふまえ、35 歳の年および 40 歳以上の方を健診Ⅱとしてご案内しています（項目の省略には医師の判断などの要件があります。雇入健診は省略できません）。
健診Ⅰに血液検査または心電図を追加した場合の合計は￥7,700 です。

■ がん検診（下松市／受診券をお持ちの方が対象・希望する項目に ✓）

検診	検査方法	自己負担金（税込）
□ **胃がん検診**	胃カメラ（上部消化管内視鏡）	**￥4,400**
□ **肺がん検診**	胸部エックス線	**￥1,000**
□ **大腸がん検診**	便潜血（2 日法）	**￥600**
□ **前立腺がん検診**	PSA（血液検査）	**￥1,600**

※ 満 70 歳以上の方の自己負担金はいずれも￥500 です。

■ オプション検査（自費／希望する項目に ✓ をつけてください）

☐ 甲状腺検査（TSH・FT3・FT4）	¥3,300	☐ 心不全検査（NT-proBNP）	¥3,300
☐ リウマチ検査（RF）	¥2,200	☐ 胃カメラ検査（ 経口 ・ 経鼻 ）	¥15,400
☐ 肝炎ウイルス（HBs 抗原・HCV 抗体）	¥3,300	☐ 胃がんリスク検査	¥4,400
☐ HBs 抗体	¥2,200	☐ 腹部超音波検査	¥5,500
☐ 腫瘍マーカー 男性セット CEA、CA19-9、AFP、PSA	¥5,500	☐ 眼底検査	¥1,100
☐ 腫瘍マーカー 女性セット CEA、CA19-9、AFP、CA125	¥5,500	☐ 呼吸機能検査	¥2,200
☐ 腫瘍マーカー 1 項目 （ ）	¥2,200	☐ 骨密度検査（超音波法）	¥1,100

※ 血液検査は採血前まで、腹部超音波・眼底・呼吸機能検査は当日の検査開始前までお申し込みいただけます。
胃カメラ検査は受診予定日の 3 営業日前までにお申し込みください。

■ 胃内視鏡（胃カメラ）を受けられる方へ ― 必ずご記入ください

抗血栓薬（血液をサラサラにする薬）	☐ 内服している（薬品名： ） ☐ 内服していない
薬・麻酔のアレルギー	☐ ある（ ） ☐ ない

■ ご希望日・お支払い

ご希望日	第 1 希望：　　月　　日（☐午前　☐午後） 第 2 希望：　　月　　日（☐午前　☐午後）
お支払い	☐ 当日精算 ☐ その他（ ）

■ お申し込みにあたって

1. 本申込書は仮受付です。日程は当院で調整のうえ、担当者よりご連絡します。ご希望に添えない場合があります。
2. キャンセル・日程変更は、受診予定日の 3 営業日前までにご連絡ください。

■ 個人情報の取扱いについて

ご記入いただいた情報および健診結果は、健康診断の実施、法令に基づく報告、ご加入の医療保険者・下松市・山口県後期高齢者医療広域連合への法令に基づく結果提供およびこれらに付随する連絡の目的にのみ使用します。

☐ 上記に同意します。	ご署名	