

申 込 書

●基本情報（必須）

※は「レ印」で、基本情報および希望日等は、必ず御記入願います

ふりがな 氏 名		申込日 年 月 日
生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	性 別 男 ・ 女
現 住 所	〒 ー	
電話番号 (日中のご連絡先)	携帯/勤務先() 自宅()	
(メールアドレス)		
実施希望日	◆第1希望日： 月 日()曜日 ◆第2希望日： 月 日()曜日 ◆第3希望日： 月 日()曜日 <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> ()以外希望 <input type="checkbox"/> ()希望	
基本検査 (必須) について	<input type="checkbox"/> 胃カメラ（経口・経鼻）を希望します <input type="checkbox"/> 胃カメラを希望しません <input type="checkbox"/> () 検査は希望しません ※基本検査は希望しない検査があった場合でも、セット料金のため料金の変更にはなりませんので御了承ください。 R6 基本検査（セット料金）・・・男性：47,500円 女性：50,500円 （※オプション（追加）検査もあります（別途料金がかかります））	
オプション（追加）検査	<input type="checkbox"/> 希望あり（別紙の希望検査項目にチェックを入れて一緒に送ってください） （別途料金がかかります）	

ご質問/ご要望（ご自由にご記入ください）

※ご記入いただいた申込書を健診センターまで送ってください。（こちらから改めてご連絡いたします）

FAX 0197-24-9091（健診センター専用）

メール kenkoukanri@city.oshu.iwate.jp（健診センター専用）

●「オプション(追加)検査」

※追加検査を希望の場合は、**口欄に必ず「レ印」**を御記入願います

追加検査の項目		おすすめ	料金(税込)
<input type="checkbox"/> 低線量肺がん CT		喫煙者、喫煙歴、受動喫煙のある方	12,320 円
<input type="checkbox"/> 腹部 CT		脂肪肝、メタボ	12,320 円
<input type="checkbox"/> 抗ヘリコバクターピロリ抗体 (ピロリ菌)		胃がんの原因と疑われるピロリ菌感染の有無 (要相談)	880 円
<input type="checkbox"/> 骨密度測定(X 線：腰椎)		骨粗しょう症	3,960 円
<input type="checkbox"/> 体成分分析装置 (inBody)		体の栄養状態 (筋肉、脂肪量の計測) の把握	660 円
<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波		喫煙者、高血圧、糖尿病、脂質異常の方	3,850 円
<input type="checkbox"/> 血圧脈派(両手足首の血圧測定)		喫煙者、高血圧、糖尿病、脂質異常の方 (ただし、不整脈が頻回、動脈瘤の方は検査対象外)	1,100 円
腫瘍マーカー(血液)	<input type="checkbox"/> 胃腸・肝臓・膵臓・胆管がん	内視鏡検査と組み合わせて実施すると効果的	3,190 円
	<input type="checkbox"/> 卵巣・子宮がん：女性	卵巣嚢腫、子宮筋腫	1,540 円
	<input type="checkbox"/> 肺がん	喫煙歴あり、喫煙歴、受動喫煙のある方	2,530 円
	<input type="checkbox"/> 乳がん：女性	30 歳以上	2,530 円
<input type="checkbox"/> 甲状腺 (血液)		甲状腺の病気が心配 (だるい、体重の急激な増減など)	3,830 円
<input type="checkbox"/> 膠原病 (血液)		原因不明の体調不良	1,120 円
<input type="checkbox"/> アレルギー (血液)		アレルギー高頻度 36 種類アレルギー(イネ科、雑草等)	15,730 円
<input type="checkbox"/> 全身 MRI(DWIBS)がん検査		全身のがんを MRI で検索 (1 検査 20 分で撮影可能)	40,000 円

ご質問/ご要望 (ご自由にご記入ください)

<<ご予約・お問い合わせ先>> 奥州市総合水沢病院 健診センター
 電話 0197-25-3833 (内線 602/604)
 FAX 0197-24-9091
 メール kenkoukanri@city.oshu.iwate.jp