令和5年度 **≪各種健診等≫**　**申込書**

**※「人間ドック」をご希望の方は「≪人間ドック≫申込書」にご記入願います。**

●基本情報（必須）　　　　　　　　**※基本情報および希望日等は、必ずご記入願います**

|  |  |
| --- | --- |
| 提 出 日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| ふりがな氏 　名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　（　　　　　歳） |
| 現 住 所 | 〒(　　　－　　　)　 |
| 電話番号 | 携帯(　　　　　　　　　　　）　　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** |
| **□　特に希望日なし（いつでも良い）** |
| ※調整後、当科よりご予約確定のご連絡をさせていただきます。（３営業日以内）※複数を希望される場合、検診項目によっては同一日の検査が不可の場合もあります。 |

●各種検診項目（必須）　　　　　　　**※希望検査項目の□欄に、必ず「レ印」をご記入願います**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | おすすめ | 料金(税込) |
| **□全身MRI検査（DWIBS）** | 全身のがんをMRIで検索（１検査２０分で撮像可能） | 40,000円 |
| **□大腸CT検査（CTC）** | 大腸検査を受検したことがない方 | 35,000円 |
| **□低線量肺がんCT検査** | 喫煙者、喫煙歴、受動喫煙のある方 | 12,320円 |
| **□** |  |  |
| **□定期健康診断** | 就職（雇入れ時）・進学等（月曜日・木曜日） | お問い合わせください |
| **□奥州市）特定/長寿/30代 健診事業** |  | 市）受診票の自己負担金 |
| **□奥州市）前立腺がん検診** |  |
| **□奥州市）肝炎ウイルス検診** |  |
| **□奥州市）骨粗しょう症検診** |  |
| **□** |  |  |
| **□抗体検査＋ワクチン接種** | B型肝炎等企業様からのお申込み | お問い合わせください |
| **□予防接種（　　　　　　　　　）** | 破傷風、インフルエンザ等企業様等集団接種のお申込み | お問い合わせください |

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≫　　奥州市総合水沢病院　健康管理科**

電話 　0197-25-3833（内線603/604）

FAX　0197-24-9091

メール　kenkoukanri@city.oshu.iwate.jp