

近畿中央病院 健康管理係 行き FAX番号:072-781-2215

|                            |                       |                         |   |     |              |              |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------|---|-----|--------------|--------------|
| 京都(2泊)                     |                       | 京都支部 短期(2泊)人間ドック FAX申込書 |   |     | ★太枠内をご記入下さい。 |              |
| FAX送信日                     | 平成 年 月 日              |                         |   |     |              |              |
| 受診希望日                      | 第1希望                  | 平成                      | 年 | 月   | 日            | ( )          |
|                            | 第2希望                  | 平成                      | 年 | 月   | 日            | ( )          |
|                            | 第3希望                  | 平成                      | 年 | 月   | 日            | ( )          |
| カナ氏名                       |                       |                         |   | 性別  | 生年月日         | 大正昭和平成 年 月 日 |
| 漢字氏名                       |                       |                         |   | 男・女 |              |              |
| 郵便番号                       | 〒                     |                         |   |     |              |              |
| 自宅住所                       |                       |                         |   |     |              |              |
| 自宅電話番号                     | ( ) -                 |                         |   |     |              |              |
| 勤務先名称                      |                       |                         |   |     |              |              |
| 勤務先住所                      | 〒                     |                         |   |     |              |              |
| 返信先FAX番号(必須)               | ( ) - ・自宅 ・勤務先        |                         |   |     |              |              |
| 日中連絡のつく電話番号(平日10:00~17:00) | ・自宅 ・携帯 ・勤務先<br>( ) - |                         |   |     |              |              |
| 当院診察券No.                   | 無し ・ 有り→(No. )        |                         |   |     |              |              |

ご使用の組合員証(保険証)について

|               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| 組合員証番号        | ・本人 ・家族 ( )                 |
| 無料券等の有無(該当に○) | ・ドック無料券 ・セルフケア脳ドック補助券 ・該当なし |

胃透視検査、胃カメラ検査の選択について 1 または 2 を○で囲んでください。

|   |               |   |              |
|---|---------------|---|--------------|
| 1 | 胃カメラ検査を希望します。 | 2 | 胃透視検査を希望します。 |
|---|---------------|---|--------------|

オプション検査について 希望する項目番号を○で囲んで下さい。1~4は確認事項もご回答下さい。

|   |          |    |   |    |             |
|---|----------|----|---|----|-------------|
| 1 | 簡易脳ドック   | 確認 | ・はい ・いいえ → 次頁「オプション検査のご案内」に記載の検査申込に関する注意事項、3項目に当てはまる事項はありません。 |    |             |
| 2 | 肺がんドック   | 確認 | ・はい ・いいえ → 次頁「オプション検査のご案内」に記載の検査申込に関する注意事項に当てはまる事項はありません。     |    |             |
| 3 | マンモグラフィー | 確認 | ・はい ・いいえ → 次頁「オプション検査のご案内」に記載の検査申込に関する注意事項、3項目に当てはまる事項はありません。 |    |             |
| 4 | 内臓脂肪測定   | 確認 | ・はい ・いいえ → 次頁「オプション検査のご案内」に記載の検査申込に関する注意事項に当てはまる事項はありません。     |    |             |
| 5 | ピロリ菌検査   | 7  | 顎口腔リハビリ検査   | 9  | 個別栄養指導      |
| 6 | 喀痰検査     | 8  | ストレスチェック  | 10 | 腫瘍マーカー(2項目) |

|            |        |   |                          |     |     |  |
|------------|--------|---|--------------------------|-----|-----|--|
| 返信連絡・病院記入欄 | 1      | 受診日を決定いたしました。 受診日: 月 日( )                     |                          |     |     |  |
|            | 2      | ご自宅宛て受診セットを送付いたします。ご確認、及び必要書類ご記入の上、当日お越しく下さい。 |                          |     |     |  |
|            | 3      | 胃カメラ オプション検査                                  | の申し込み手続きを完了しました。ドック合計 円  |     |     |  |
|            | 3      | オプション検査                                       | キャンセル待ちとなりましたのでご連絡いたします。 |     |     |  |
|            | FAX受理日 | / /   | FAX返信日                   | / / | 担当者 |  |
| 電話記録       | / /    | カルテID   |                          |     |     |  |

# オプション検査のご案内 (京都支部 短期用)

※ オプション料金は、人間ドックコース料金とは別途に必要になります。

※ 検査結果は、文書のみのご報告となります。人間ドックの結果と併せて郵送いたします。

| オプション検査名  | 検査内容   | 関連する主な病変                         | 料金<br>(税込)   |
|---|--|----------------------------------|--|
| <br>簡易脳ドック   | 脳MRI・脳MRA<br>頸動脈超音波検査                                    | 脳梗塞、脳動脈硬化<br>脳腫瘍、脳動脈瘤<br>頸動脈硬化   | 実施定員あり<br>(先着順) 26,000円<br><small>(セルフケア脳ドック<br/>受診券をお持ちの<br/>方は10,000円)</small> |
| <b>注意事項！ 以下の方は申しいただけません。</b><br>① 身体に金属を使用されている方 (心臓ペースメーカー、人工関節、いれずみ、歯列矯正* など)<br>*歯科治療による金属のある方は一部画像が乱れる場合がありますがお申込みは可能です。<br>② 脳の手術を以前に受けられた方<br>③ 妊娠中の方、閉所恐怖症の方 |  |                                  |  |
| <br>肺がんドック   | 肺ヘリカルCT<br>喀痰細胞診検査                                       | 肺がんの早期発見                         | 実施定員あり<br>(先着順) 10,000円  |
| <b>注意事項！ 左記の方は申しいただけません。</b> ・妊娠中の方   |  |                                  |  |
| <br>マンモグラフィー   | 乳房レントゲン両側2方向   | 乳がん、乳腺疾患                         | 実施定員あり<br>(先着順) 京都支部より<br>補助有り<br>ご本人様<br>負担無し                                   |
| <b>注意事項！ 左記の方は申しいただけません。</b> ① 心臓ペースメーカーを装着されている方<br>② 豊胸手術後の方<br>③ 妊娠中、授乳中の方   |  |                                  |  |
| <br>内臓脂肪測定   | 腹部CT   | 肥満症<br>内臓脂肪症候群                   | 実施定員あり<br>(先着順) 3,500円   |
| <b>注意事項！ 左記の方は申しいただけません。</b> ・妊娠中の方   |  |                                  |  |
| <br>ピロリ菌検査   | ヘリコバクターピロリ尿素呼気試験   | 胃炎、胃潰瘍                           | 実施定員あり<br>(先着順) 5,000円   |
| <br>喀痰検査   | 喀痰細胞診  | 肺がんの早期発見<br>呼吸器疾患                | 希望者全員<br>実施可能 2,000円   |
| <br>顎口腔レントゲン検査   | 歯科パノラマ撮影   | 顎骨の疾患、虫歯、<br>歯周病                 | 希望者全員<br>実施可能 3,000円   |
| <br>ストレスチェック   | 質問紙によるストレス分析<br>ストレス原因・個人要因<br>ストレス反応                    | 不眠、ストレス<br>うつ傾向、不安傾向<br>自律神経失調症状 | 希望者全員<br>実施可能 2,000円   |
| <br>個別栄養指導   | ダイエットコース<br>骨を強くするコース<br>コレステロールコース                      | 肥満症、脂質異常症<br>骨粗しょう症<br>高血圧、糖尿病   | 希望者全員<br>実施可能 2,000円   |
| <br>腫瘍マーカーセット(2項目)   | 血液検査<br>男性: CA19-9・AFP<br>女性: CA19-9・CA125               | 消化器がん<br>消化器がん、卵巣がん              | 希望者全員<br>実施可能 3,000円   |
| <br>動脈硬化ドック  | 心臓足首血管指数 (CAVI)<br>足関節上腕血圧比 (ABI)<br>血液検査(高感度CRP、HOMA-R) | 動脈硬化性疾患<br>(脂質異常症、高血<br>圧、糖尿病など) | 希望者全員<br>実施可能<br>共済組合員の方<br>はコースに含み<br>ます  |