

人間ドック申込用紙

東京大学医学部附属病院検診部 FAX番号: 03-5800-9035

*これまで東大病院で診察を受けたことが ない / ある→診察券番号		
氏名(ふりがな) (漢字) *健康保険証登録の漢字表記をお願いします	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日	
住所(郵送先) 〒		
*平日の昼間に連絡が取れる連絡先 電話番号(自宅又は会社等) 携帯番号	年齢	性別

上記太枠内に必要事項をみれなくご記入ください。下記枠内のご希望の検診に○を記入し、受診希望日を9ヵ月後以降の平日を選んでご記入ください。記入が済んだ本用紙をFAX送信くださいますようお願い申し上げます。

* 東大病院で診察を受けたことがない、または、あるに○を付け、ある場合は診察券番号をご記入ください。

* * FAX到着後、お電話で日程調整をおこないます。平日の昼間に当検診部より連絡を差し上げることのできる連絡先をご記入ください。日程決定後ご記入の住所へ予約案内を郵送いたします。FAXによる返信はいたしませんので、ご了承ください。

FAX送信後、3営業日以内にこちらからのご連絡がない場合、FAXが受信できていない可能性がありますので、必ず下記お問い合わせ先までお電話にてご連絡ください。

基本検診(すべての方に受けて頂きます)

上部消化管内視鏡を含む	64,800円	<input type="checkbox"/>
上部消化管内視鏡を含まない	54,000円	<input type="checkbox"/>

オプション検診(別料金で追加できます)

心血管ドック	54,000円	<input type="checkbox"/>
家庭血圧検診	8,640円	<input type="checkbox"/>
* 2017年2月の「家庭血圧検診」サービス終了に伴い新規お申し込みを終了させていただきました。		
脳血管ドック	43,200円	<input type="checkbox"/>
もの忘れ検診(脳血管ドックを実施の方のみ追加可能)	8,640円	<input type="checkbox"/>
大腸がん検診(基本検診とは別日での実施となります)	25,920円	<input type="checkbox"/>
子宮がん検診	10,800円	<input type="checkbox"/>
乳がん検診(手術歴 なし・あり)	10,800円	<input type="checkbox"/>
肺がん検診	16,200円	<input type="checkbox"/>
腫瘍マーカー検診	10,800円	<input type="checkbox"/>
胃がんリスク検診	7,560円	<input type="checkbox"/>
口腔・歯科検診(肝炎等の感染症 なし・あり)	8,640円	<input type="checkbox"/>

お問い合わせ先
東京大学医学部附属病院検診部
TEL:03-5800-9033

第1受診希望日 平成 年 月 日	第2受診希望日 平成 年 月 日
第3受診希望日 平成 年 月 日	第4受診希望日 平成 年 月 日

※杖歩行 or 車いす
使用の方は、予約時にお申し出下さい。