

# 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)	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	年齢	性別

上記太枠内に必要事項をも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1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。  
 \* \* 電話番号は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。  
 \* \* \* 特記事項がある場合はご記入ください。例) 複数名の同日受診希望、車椅子の使用希望、通訳同行、などFAX到着後、日程調整をおこない、ご記入いただいたご住所へ予約案内を郵送いたしますので、届きました書類を検診当日にご持参ください。なお、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営業日以内に予約案内が到着しない場合、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 63,000円

上部消化管内視鏡を含まない 52,500円

**オプション検診**(別料金で追加できます)

心血管ドック 52,500円

家庭血圧検診 8,400円

脳血管ドック 42,000円

もの忘れ検診 8,400円

大腸がん検診 25,200円  大腸がん検診は必ず別日での実施となります

子宮がん検診 10,500円

乳がん検診 10,500円

肺がん検診 15,750円

腫瘍マーカー検診 10,500円

胃がんリスク検診 7,350円

口腔・歯科検診 8,400円

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	*** 特記事項
第3受診希望日 平成 年 月 日	第4受診希望日 平成 年 月 日	