

人間ドック申込用紙  
東京大学医学部附属病院 予防医学センター  
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でご記入ください。	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すべてご記入ください。下記枠内のご希望の検診に○を記入し、**10か月以降**の平日の受診希望日をご記入ください。

FAX到着後、日程調整を行い、予防医学センターよりご連絡いたします。電話番号は平日の昼間にご連絡のつく連絡先(携帯電話)をご記入ください。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営業日以内に予防医学センターより連絡がない場合、FAXが受信できていない可能性がありますので、必ず下記までお問い合わせください。

**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	72,900円	<input type="checkbox"/>
上部消化管内視鏡を含まない (胃バリウム検査は行っておりません)	62,100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	62,100円	<input type="checkbox"/>
脳血管ドック	48,600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)	9,720円	<input type="checkbox"/>
子宮がん検診	12,420円	<input type="checkbox"/>
乳がん検診	10,800円	<input type="checkbox"/>
肺がん検診	18,360円	<input type="checkbox"/>
腫瘍マーカー検診	12,420円	<input type="checkbox"/>
胃がんリスク検診	8,640円	<input type="checkbox"/>

手術歴なし・あり(右全、右部、左全、左部)

お問い合わせ先

東京大学医学部附属病院  
予防医学センター

TEL:03-5800-9033  
(平日 9:30~15:30)

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

該当される方は、事前にお申し出ください。