

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)		生年月日	
(漢字)		大正・昭和・平成 年 月 日	
* 健康保険証登録の漢字表記でご記入ください。			
住所(郵送先)			
〒			
平日の昼間に連絡が取れる連絡先		年齢	
電話番号(自宅又は会社等)			性別
携帯番号			

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、**1か月後以降**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	74,250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)	63,250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	63,250円	<input type="checkbox"/>
脳血管ドック	49,500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)	33,000円	<input type="checkbox"/>
子宮がん検診	12,650円	<input type="checkbox"/>
乳がん検診	11,000円	<input type="checkbox"/>
肺がん検診	18,700円	<input type="checkbox"/>
腫瘍マーカー検診	12,650円	<input type="checkbox"/>
胃がんリスク検診	8,800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 令和 年 月 日	第2受診希望日 令和 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。
第3受診希望日 令和 年 月 日	第4受診希望日 令和 年 月 日	

\* 混合診療となるため、東大病院の外来診療と人間ドックを同日に受診することはできません。