

# 人間ドック申込書

ドック(自費)ID:07

2026年1月1日改訂

外来(保険)ID:	(当医療センター診察券お持ちの方のみ)	申込日	西暦	年	月	日
フリガナ		生年 月日	西暦	年	月	日
氏名	(男・女)		(昭和・平成 年) ( 歳)			
住所	〒 - ※返送を防ぐ為、建物の名称と部屋番号を必ずご記入ください。					
電話番号	TEL: - -	携帯TEL:	-	-	-	-
勤務先						
勤務先住所	〒 -					
電話番号	TEL: - -					
通話可能な連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他( )					
書類送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他( ) ※普通郵便配達(ポスト投函)					
結果報告書送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他( ) ※日本郵便レターパックプラス対面配達					
<input type="checkbox"/> をチェックしてください。	◆基本コース ※ 単独でのお申込みが可能です。		(税込料金)	ご予約日		
	<input type="checkbox"/> <A> ※ 月～金曜日		(17,600円)	年 月 日 ( )		
	★ 上腹部画像検査 ご希望の検査を選択できます。 <input type="checkbox"/> CT(月～金曜日) or <input type="checkbox"/> 超音波(指定曜日)					
	<input type="checkbox"/> <B> ★ 上部消化管検査 (74,800円) <input type="checkbox"/> 内視鏡(月～金曜日) or <input type="checkbox"/> 造影透視(バリウム)(月・木曜日) ↳ <input type="checkbox"/> 通常 or <input type="checkbox"/> 経鼻 or <input type="checkbox"/> 鎮静剤希望(条件あり・別料金) ★ 栄養相談 <input type="checkbox"/> 希望する(初回必須) or <input type="checkbox"/> 希望しない			年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> <C> PET-CT検査 ※ 月～金曜日		(132,000円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> <脳ドック(単独)> ※12時20分、12時40分指定		(23,100円)	年 月 日 ( )		
<input type="checkbox"/> をチェックしてください。	◆オプション ※ 脳ドック以外のオプションは、単独でのお申込みはできません。各基本コースと併せてご利用ください。					
	<input type="checkbox"/> 脳ドック ※ 12時20分、12時40分指定		(23,100円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定ドック		(3,300円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定+腹部CT診断ドック ※基本コース<B>に腹部CTが含まれます。腹部超音波をお申込みの方は必要です。		(18,700円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 女性ドック ※ 火曜日、指定木曜日 ※ 骨盤部MRI撮影は12時40分指定 ※ 骨密度ドック、乳がんドック(マンモグラフィ)、 腫瘍マーカー④⑩が含まれます。		(42,900円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 肺がんドック ※ 腫瘍マーカー③④⑦⑧が含まれます。		(28,600円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(血液検査) 【項目:①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥, ⑦, ⑧, ⑨, ⑩, ⑪】 ご希望の項目を○で囲んでください。(選択項目数: 項目)		(1項目:3,300円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査(血液検査)		(5,500円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> アレルギー検査(血液検査)		(16,500円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 骨密度ドック ★ 骨塩定量検査(DXA)		(5,500円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 ※ 13時00分指定		(14,300円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波検査 ※ 指定日		(5,500円)	年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 乳がんドック(マンモグラフィ) ※ 火曜日、指定木曜日		(8,800円)	年 月 日 ( )		
<input type="checkbox"/> ご予約の取り消し(キャンセル)に対するキャンセル料について承諾します。						
備考						



順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター 予防医学センター

TEL:03-5632-3111(内線2266番) 受付時間:平日9時~15時 FAX:03-5632-3719