



フリガナ			性 別
お名前			男 ・ 女
生年月日	西 昭 平 年 月 日	診察券番号	
ご住所	〒		(受診者ID)
電話番号		携帯電話番号	

◆初めての方や保険証に変更のある方はご記入ください

◆保険者名称	☐ 協会けんぽ（全国健康保険協会）	☐ 本人（被保険者）
	☐ （ ） 国保・健保・共済	☐ 家族（被扶養者）

◆事業所名（会社名）	
------------	--

◆保険証番号	保険者番号：	記号：	番号：
--------	--------	-----	-----

受診希望日	第1希望	第2希望	☐ 前回と同じ コース希望
	月 日 曜日	月 日 曜日	

健 診 内 容	● 健診コース	● 協会けんぽ	● 専門ドック
	☐ 宿泊ドック ☐ 日帰りドック ☐ 生活習慣病健診 ☐ 婦人科健診 ☐ 定期健康診断	☐ 一般健診 ☐ 付加健診 ☐ 二十歳の健診	☐ PET-CT ☐ 脳ドック ☐ 心臓ドック ☐ 膵臓ドック ☐ 肺がんドック

胃検査	☐ 胃検査なし	☐ 胃部カメラ（経口）
	☐ 胃部レントゲン	☐ 胃部カメラ（経鼻）

オプション検査 *ご希望のオプションへチェックを入れてください

- | | |
|---|---|
| ☐ ※PET-CT（宿泊ドックのみ同日実施可） | ☐ 骨密度検査（DEXA） |
| ☐ 脳MRI・MRA | ☐ ビタミンD欠乏検査 |
| ☐ 脳MRI・MRA+認知機能チェック | ☐ ※姿勢健診 |
| ☐ ロックスインデックス（血液検査） | ☐ ※フィジカル健診 |
| ☐ 頸動脈超音波 | ☐ ※ロコモ健診 |
| ☐ 動脈硬化検査（CAVI・ABI） | ☐ ※歯周病検査 |
| ☐ 超悪玉コレステロール（血液検査） | ☐ ※口腔がん検診（月・水午前のみ） |
| ☐ ※プレミアム心臓検診
（心臓MRI・心臓CT・心臓エコー） | ☐ 腸内フローラ（便検査） |
| ☐ ※心臓検診（心臓CT・心臓エコー） | ☐ エクオール（尿検査） |
| ☐ ※不整脈検診（ホルター心電図+心臓エコー） | ☐ マイナITCHンゲール（血液検査） |
| ☐ BNP（血液検査） | ☐ 栄養コンサルティング |
| ☐ ※大腸カメラ（宿泊ドックのみ同日実施可） | 【腫瘍マーカー】（血液検査） |
| ☐ ※大腸CT（別日での実施になります） | ☐ CEA ☐ PSA |
| ☐ 膵臓MRI・MRCP | ☐ AFP ☐ CA125 |
| ☐ 上腹部超音波 | ☐ CA19-9 |
| ☐ 胃がんリスク層別化検査・ABC分類（血液検査） | 【子宮がん検査】 |
| ☐ 肝線維化マーカー（血液検査） | ☐ 婦人科MRI検査 |
| ☐ 肺CT | ☐ 子宮頸がん |
| ☐ 喀痰細胞診検査 | ☐ 子宮頸がん+ヒトパピロウイルス検査 |
| ☐ 甲状腺超音波 | 【乳がん検査】 |
| ☐ 甲状腺機能検査（TSH/血液検査） | ☐ マンモグラフィ |
| ☐ サインポスト遺伝子検査（血液検査） | ☐ 乳腺超音波 |
| ☐ ジェノプラン遺伝子検査（唾液検査） | |
| ☐ アレルギー検査（血液検査） | |
| ☐ 睡眠時無呼吸検査 | |
| ☐ 視野スクリーニング | |
| ☐ 体組成検査 | |
| ☐ 内臓脂肪CT | |

※土曜日には実施できない検査

※備考

●検査によって予約枠に限りがあるものもございます
お申込み、変更はお早めをお願い致します

●詳細はパンフレット・ホームページをご覧ください

(2023.04改訂)