

# よこはま小児がん経験者ドック コース・オプション提供書

年 月 日

患者氏名： 様

住所：〒

名称：

医師： 印

よこはま小児がん経験者ドック受診にあたり、○をつけたコース・オプションを受けることを推奨します。

この提供書をもとに、横浜市立みなと赤十字病院 健診センター（電話：045-628-6385 受付時間9:30～16:00）へお電話にてご予約ください。

※◎の確認内容は、次ページに記載しています。

|          |       |
|----------|-------|
| 氏名（フリガナ） | 様     |
| 生年月日     | 年 月 日 |
| 性別       | 男性・女性 |

|                                   | 料金（税込金額） | 実施希望 |
|-----------------------------------|----------|------|
| 基本コース                             | 22,990円  |      |
| 【オプション】                           |          |      |
| ◎頭部MR I・MR A検査                    | 27,500円  |      |
| ◎上部消化管内視鏡検査（感染症検査含む）              | 16,500円  |      |
| 腹部超音波検査<br>（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓・腹部大動脈） | 5,830円   |      |
| 骨密度                               | 4,400円   |      |
| 甲状腺超音波検査                          | 3,850円   |      |
| 甲状腺ホルモン検査                         | 6,390円   |      |
| 血清BNP検査                           | 3,300円   |      |
| 【追加コース】                           |          |      |
| ◎大腸ドック                            | 38,500円  |      |

【予約時の確認事項】

頭部 MRI・MRA 検査

- ・インプラントはありますか ( 無 有→ 本、部位 )
- ・ペースメーカーはありますか ( 無 有 )
- ・体内金属はありますか ( 無 有→ 部位 種類 )
- ・閉所恐怖症 ( 有 無 )

内視鏡検査

- ・挿入希望はどちらですか ( 口 ・ 鼻 )
- ・鼻希望の方は、鼻疾患はどちらですか ( 有 ・ 無 )
- ・抗血栓薬は、飲んでいますか ( 服用有 (薬剤名: ) ・ 服用無 )
- ・静脈麻酔は希望されますか ( 希望有 (追加 5,500 円 ) ・ 希望無 )

大腸ドック ( 大腸内視鏡検査 )

- ・腎疾患ありますか ( 有 ・ 無 )
- ・心疾患ありますか ( 有 ・ 無 )
- ・便秘ありますか ( 有 ・ 無 )
- ※下剤の関係で日程決定時に、看護師から日中にお電話で連絡させていただきます
- ・抗血栓薬は、飲んでいますか ( 服用有 (薬剤名: ) ・ 服用無 )
- ・静脈麻酔は希望されますか ( 希望有 (追加 5,500 円 ) ・ 希望無 )

【備考】

※推奨される検診項目に追加のコメントがある場合はこちらにご記載ください。

(例)「〇年ごとの上部消化管内視鏡検査を推奨」など

-----  
本提供書を作成いただいた医療機関の方へ

お手数をおかけしますが、ご本人にお渡しした本提供書の写しをみなと赤十字病院 健診センターへご送付ください。

【送付先】 みなと赤十字病院 健診センター

メール : kenshin-jimu@yokohama.jrc.or.jp

F A X : 045-628-6386