

がん検診お申込書

● 希望検診コース ご希望のコースに を入れてください

●	がん総合検診	<input type="checkbox"/> 特別コース	<input type="checkbox"/> 特別コース（上下部内視鏡検査なし）
		<input type="checkbox"/> 推奨コース	<input type="checkbox"/> 推奨コース（上下部内視鏡検査なし）
		<input type="checkbox"/> 標準コース	<input type="checkbox"/> 標準コース（上部内視鏡検査なし）
●	個別検診	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 食道・胃・大腸がん
			<input type="checkbox"/> 前立腺がん
●	一般健診プラン	<input type="checkbox"/> 一般健診	<input type="checkbox"/> 一般健診（上部内視鏡検査なし）

● オプション ※オプションを複数ご希望の場合はご希望日に添えない場合や複数日お越しいただく場合もございます。

<input type="checkbox"/> オプション希望なし	<input type="checkbox"/> 肺機能検査
<input type="checkbox"/> PET-CT検査	<input type="checkbox"/> 心電図・血圧脈波検査（ABI）・視力、聴力検査セット
<input type="checkbox"/> 骨盤MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭頸部がん検診（※火曜日のみ受診可）
<input type="checkbox"/> 頭部MRI検査	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー AFP（肝がん）
<input type="checkbox"/> 膵臓MRCP検査	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー シフラ（肺がん）

第1希望日	年 月 日（ ） 曜日
第2希望日	年 月 日（ ） 曜日
第3希望日	年 月 日（ ） 曜日
※2日コースをお申込の方	<input type="checkbox"/> 連日を希望 <input type="checkbox"/> 間隔が空いても可（最短の日程で）

※ご希望日に空きがない場合は別日をご案内させていただく場合がございます。あらかじめご理解のほどお願い申し上げます。

フリガナ		性別	生年月日 ※西暦でご記入ください	年齢
氏名	様	男・女	年 月 日	歳
ご住所	〒 - -			
第1連絡先電話番号	日中（平日8:30-16:30）連絡可能な番号をご記入下さい ご本人・ご本人以外（ ）			
第2連絡先電話番号	ご本人・ご本人以外（ ）			
E-mail			勤務先名	
受診歴	初めて 受診歴あり		診察券番号	
検査着サイズ （男女兼用）	S M L LL		スリッパサイズ （男女別）	S M L LL

● 糖尿病治療をされていますか。	治療あり 治療なし
※ 治療ありの場合	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射 薬剤名（ ）
● ペースメーカーの植え込みや体内に金属がありますか	あり（ ） なし
● 閉所恐怖症	あり なし
● 【女性の方のみ】 妊娠をしている、または可能性がある	あり なし
● 【女性の方のみ】 現在、授乳中ですか	あり なし

※キャンセル料に関する重要事項が裏面に記載されています。必ずご確認ください。

キャンセル・延期についてのご案内

キャンセル期日 (検診日の前日から)	15日前まで	14～8日前	7～2日前	前日	当日
料金	無料	検診料金の20%	検診料金の30%	検診料金の50%	検診料金の75%

● キャンセル料の算定について

キャンセル料の算定は、検診日の前日を起算日として、上記の基準により申し受けます。

1. やむを得ない事情による延期について

体調不良（新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ等の感染症罹患を含む）など、
受診者様のやむを得ない事情により日程の延期を希望される場合、
延期のお申し出日を基準として6か月以内に再度ご予約いただいた場合は、キャンセル料は申し受けません。

2. キャンセル期日の定義

「キャンセル期日」とは、当院の診療時間内（月～金 8:30～16:30 ※土日祝除く）に
キャンセルまたは延期のお申し出をいただき、当センターにて確認した日付を基準とします。
診療時間外にいただいたご連絡（電話・メール・FAX等を含む）は、翌診療日の受付扱いとなります。

3. セット価格の取り扱い

当院のがん検診コースは、複数の検査を含むセット価格として設定しております。
そのため、受診者様のご希望によりコース内の一部検査を実施されない場合（当日の辞退を含む）であっても、
料金の減額は行っておりません。

4. 当院都合による未実施の場合

当院の都合（機器トラブル・医師の急病等）により検査の一部または全部を実施できなかった場合には、
未実施分に相当する料金を減額または返金いたします。

● 上記、キャンセル料についての同意 □ 同意します

(※同意にチェックがない場合はお申し込みいただけません)

【お問い合わせ先】	神戸低侵襲がん医療センター 検診センター 受付時間：平日（月～金）8時30分～16時（※土・日・祝日除く） TEL：078-304-4100 FAX：078-304-7782 E-mail：kenshin@k-mcc.net
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【郵送先】	〒650-0046 神戸市中央区港島中町8-5-1 神戸低侵襲がん医療センター 検診センター宛
-------	----------------------------------------------------