

健康診断の申込書

申し込み日	平成 年 月 日	診察券番号
健診種類 健診コースをOで 囲んでください。 (8%税込)	人間ドック(Aコース¥32,400・Bコース¥46,440) 一般健診当院がツカ ¥21,600 脳ドック¥43,200 乳がん検診コース¥5,400 子宮がん検診コース ¥2,160 定期健診 ( ①¥4,320 ・ ②¥8,640 ・ ③¥9,720 )	胃検査 がツカの場合 ¥9,830 ( ) 透視(バリウム) ( ) 経口がツカ ( ) 経鼻がツカ
オプション 検査 追加される検査に Oをつけてください。 (8%税込)	( ) 頭部MRI 検査 ¥15,120 検査時間 ( : ) ( ) 胸部CT 検査 ¥12,960 検査時間 ( : ) ( ) 骨粗鬆症(骨密度)検査 ¥3,020 検査時間 ( : ) ( ) 肺機能検査 ¥2,590 ( ) 腹部超音波検査 ¥4,320 ( ) 動脈硬化度(ABI) ¥2,480 ( ) 肝炎ウイルス検査 ¥2,920 ( ) 大腸がん検査 ¥650 ( ) 眼底検査 ¥540 ( ) 子宮がん検査 ¥2,160 ( ) 眼圧検査 ¥650 ( ) 乳がん検査(マンモ) ¥5,400 ( ) ヒロ菌抗体検査(採血) ¥2,160 腫瘍マーカー検査 1項目¥2,590 3項目以上の場合¥5,940 ( ) PSA (男性のみ) ( ) SCC ( ) CEA ( ) AFP ( ) CA19-9 ( ) CA125 (女性のみ)	
希望日	第1希望日 平成 年 月 日	
	第2希望日 平成 年 月 日	
	第3希望日 平成 年 月 日	
決定日	平成 年 月 日 ( ) 来院時間( : )	
フリガナ		生年月日
氏名	(男・女)	(昭・平) 年 月 日
自宅住所	〒 -	
自宅TEL	( )	携帯など ( )

- ◆ 特にお申し出が無い場合上記住所に案内書等を送付いたします。
- ◆ 支払い方法 (どちらかOをつけてください。)
  1. 当日窓口で支払う。 2. 請求書の発行を希望。(支払いは銀行振込です)
  2. にOをつけた方は下記にご記入ください。

請求書の宛名(会社名など)	住所
(担当者氏名: )	〒 -
	電話番号 ( )