



健康診断の申込書

税込表示

申込日	令和 年 月 日	診察券番号		
健診種類 健診コースを○で 囲んでください。	<input type="checkbox"/> 人間ドック A コース ¥33,000 <input type="checkbox"/> 人間ドック B コース ¥47,300 <input type="checkbox"/> 一般健診当院オリジナル ¥22,000 <input type="checkbox"/> 脳ドック ¥44,000 <input type="checkbox"/> 乳がん検診コース ¥5,500 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診コース ¥2,200 <input type="checkbox"/> 定期健診① ¥4,400 <input type="checkbox"/> 定期健診② ¥8,800 <input type="checkbox"/> 定期健診③ ¥9,900		胃検査をお選びください。 <input type="checkbox"/> 透視バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	
	オプション検査 追加される検査に ○をつけてください。		<input type="checkbox"/> 頭部MRI検査 ¥15,400 : <input type="checkbox"/> 大腸がん(便ヘモグロビン)検査 ¥660 <input type="checkbox"/> 胸部CT検査 ¥13,200 : <input type="checkbox"/> ヒロ菌検査(カメラ時組織) ¥6,094 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 ¥2,640 <input type="checkbox"/> ヒロ菌抗体検査(採血) ¥2,200 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 ¥4,400 <input type="checkbox"/> 子宮がん検査 ¥2,200 <input type="checkbox"/> 動脈硬化度(ABI) ¥2,530 <input type="checkbox"/> 乳がん検査(マンモ) ¥5,500 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 ¥2,970 <input type="checkbox"/> 乳がん検査(マンモ・トモシンセス) ¥8,250 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検査 ¥3,080 : <input type="checkbox"/> 眼底検査 ¥550 <input type="checkbox"/> 眼圧検査 ¥660 胃検査 ¥10,010 ⇒ <input type="checkbox"/> 透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ 腫瘍マーカー検査 1項目 ¥2,640 3項目以上の場合 ¥6,050 <input type="checkbox"/> PSA(男性のみ) <input type="checkbox"/> SCC <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> CA125(女性のみ)	
	希望日	第1希望日 令和 年 月 日		
		第2希望日 令和 年 月 日		
		第3希望日 令和 年 月 日		
	決定日 ※記入しないで ください。	令和 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	〒 -			
携帯番号	- -	自宅番号	- -	

◇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○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。振込手数料はご負担願います。)

請求書の宛名(会社名など)	住所
	〒 -
(担当者名:)	電話 - -