

多根クリニック 健康診断申し込み書

FAX返信先:06-6577-1771

会社名					
フリガナ氏名	様	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日生
ご連絡先	() —			(携帯・自宅・職場)	
ご住所 (問診票等送付先)	〒				
健康保険組合の名称					
保険者番号		保険記号		保険番号	

※1ヶ月先以降の ご希望の日を 記入して下さい。

第1希望日	月 日 () 午前・午後	その他希望日
第2希望日	月 日 () 午前・午後	
第3希望日	月 日 () 午前・午後	

1. 健診コースをお選び下さい。(○印を付けて下さい)

半日ドック	⇒胃部検査は (胃 X 線・内視鏡・胃なし)	※内視鏡差額 ¥3,300
協会けんぽ一般健診	⇒胃部検査は (胃 X 線・内視鏡・胃なし)	※内視鏡差額 ¥5,500
定期健診		
その他の健診()		

2. オプション検査 (希望するものに○印を付けて下さい)

(税込)

頭部MRI検査	¥33,000	心臓超音波検査	¥8,800
頭部X線 CT検査	¥12,650	乳がん検査(マンモグラフィ2方向)	¥4,400
肺オプション検査(胸部CT+喀痰細胞診)	¥14,850	乳がん検査(乳房超音波)	¥5,500
喀痰細胞診検査	¥1,430	子宮頸がん検査	¥3,300
便中ヘリコバクター・ヒロリ抗原検査	¥3,960	HPV 検査 ※子宮頸がんと同時に受診に限る	¥5,500
PSA 検査(前立腺がん)	¥2,640	経膈超音波検査	¥4,400
腫瘍マーカー基本セット (CA19-9・CEA・AFP)	¥5,720	ABI・PWV 検査	¥3,520

その他希望される検査がお決まりでしたら記入して下さい。

()

3. 備考 (2名様以上のお申し込みの場合はお一人1枚ずつご記入の上、同日を希望される方の氏名とその旨をご記入下さい。その他お伝えしておきたい事項などございましたらご記入下さい。)

()