

多根クリニック 健康診断申し込み書

FAX送信先:06-6577-1771(多根クリニック)

会社名					
フリガナ		男・女	生年 月 日	昭和 平成	年 月 日生
氏 名	様				
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 ¥5,500
☐	協会けんぽ半日ドック	⇒胃部検査は (胃 X 線・内視鏡) ※胃部無し不可	※内視鏡差額 ¥5,500
☐	協会けんぽ一般健診・ 生活習慣病健診	⇒胃部検査は (胃 X 線・内視鏡・胃なし)	※内視鏡差額 ¥7,700
☐	定期健診		
☐	その他の健診()		

※協会けんぽ半日ドックは全項目必須のため項目中止は不可となります。(例:胃部・便など)

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・ヒトリ抗原検査	¥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。)

()

返信希望先 FAX 番号[- -]