



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 希望コースに ○をつけてください	<input type="checkbox"/> 人間ドック A コース ¥36,300 <input type="checkbox"/> 人間ドック B コース ¥52,030 <input type="checkbox"/> 一般健診当院オリジナル ¥22,000※バリウムのみ <input type="checkbox"/> 脳ドック ¥44,000		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 カラ希望は、差額¥2,200
	乳がん検診コース <input type="checkbox"/> マンモグラフィ ¥5,500 <input type="checkbox"/> マンモグラフィトモシンセシス ¥8,250 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診コース ¥3,300 <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		
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 ¥1,100 <input type="checkbox"/> 胸部CT検査 ¥13,200 : _____ <input type="checkbox"/> ヒロリ菌抗体検査(採血) ¥2,200 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 ¥2,640 <input type="checkbox"/> 子宮がん検査 ¥3,300 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 ¥4,400 <input type="checkbox"/> 乳がん検査(マンモ) ¥5,500 <input type="checkbox"/> 動脈硬化度(ABI) ¥2,530 <input type="checkbox"/> 乳がん検査(マンモ・トモシンセシス) ¥8,250 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 ¥2,970 <input type="checkbox"/> 乳腺エコー ¥3,850 <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 ¥1,100 <input type="checkbox"/> 透視(バリウム) ¥12,210 <input type="checkbox"/> 経口カメラ ¥12,210 <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ ¥12,210 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
現住所	〒 -	携帯電話	- -
		自宅電話	- -
		FAX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(どちらかに○をつけてください。)**

- 当日窓口で支払う。
 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(事業所名)	請求先住所
	〒 -
(担当者名: 様)	TEL - -