

FAX 人間ドック申込書

| | | | |
|--------------|---|-------|-----|
| フリガナ | | | 性別 |
| お名前 | 姓 | 名 | 男・女 |
| 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 生まれ | | |
| ご住所 | 〒□□□□-□□□□ | | |
| 電話番号 | — | — | ご職業 |
| 当ドックを受診したことが | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない | 診察券番号 | — |

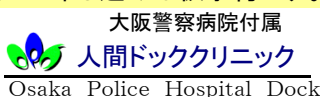
契約健診の場合、または健保組合に加入の方は必ずご記入下さい。 ↑ 過去に病院を受診し診察券をお持ちの方はご記入下さい。

| | | | |
|-------------|-----|-----------------|-----|
| 健康保険組合名・会社名 | () | 健康保険組合会社または事業所名 | () |
|-------------|-----|-----------------|-----|

ご希望のコース・オプションの□部分にチェックをつけて下さい。 ◎AM・PM実施 ○AM実施 ●PM実施 △日によって実施可 ×実施していません

| コース名【必須】 | 料金 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 希望される健診日(宿泊希望の場合は1日目)をご記入下さい。【必須】 |
|--|--|---|---|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 日帰りコース | ¥48,857 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | 第一希望 平成 年 月 日 曜日 |
| <input type="checkbox"/> レディースコース | ¥55,543 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | 第二希望 平成 年 月 日 曜日 |
| <input type="checkbox"/> 1泊2日コース | ¥78,171 | ● | ● | ● | ● | ● | × | |
| <input type="checkbox"/> 2泊3日コース | ¥92,571 | ○ | ○ | ○ | × | × | × | |
| <input type="checkbox"/> 2泊3日フルコース | 男性 ¥230,091 女性 ¥242,949 | ○ | ○ | ○ | × | × | × | エグゼクティブルームをご希望の場合は□部分にチェックを付けてください |
| <input type="checkbox"/> 脳ドック | ¥58,629 | × | ◎ | × | ◎ | ◎ | × | <input type="checkbox"/> エグゼクティブルーム希望 |
| <input type="checkbox"/> 肺ドック | ¥36,000 | × | × | ◎ | ◎ | ◎ | × | |
| <input type="checkbox"/> 日帰り大腸ドック | ¥72,000 | × | ○ | ○ | ○ | × | × | |
| 【必須】胃検査選択 (脳・肺・大腸ドック以外) | → <input type="checkbox"/> 胃透視検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(¥5,143 土曜×) | | | | | | | <input type="checkbox"/> 胸部マルチスライスCT (肺ドックには含まれます) |
| オプション名 | 料金 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | <input type="checkbox"/> ファットスキャン(内臓脂肪CT) |
| <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 (午前受付となります)(宿泊コースのみ) | ¥25,714 | × | ○ | ○ | ○ | × | × | <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査 (脳ドックには含まれます) |
| <input type="checkbox"/> 便ピロリ検査 (フルコースには含まれません) | ¥3,086 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 甲状腺セット検査 |
| <input type="checkbox"/> 胃ピロリ検査(採血) (フルコースには含まれません) | ¥1,029 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 骨密度検査 |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー AFP・CEA・CA19-9 (宿泊コースには含まれます) | ¥5,657 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 心臓エコー |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー PSA(男性のみ) (宿泊コースには含まれます) | ¥2,571 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 頭部MRI/MRA検査 (脳ドックには含まれます) |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー CA125(女性のみ) (レディースコース・宿泊コースには含まれます) | ¥2,571 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 頭部MRI検査 |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー NSE (肺ドックには含まれます) | ¥2,057 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> SAS(睡眠時無呼吸症候群検査) (宿泊コースのみ) |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー SCC (肺ドックには含まれます) | ¥2,057 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診検査 (肺ドックには含まれます) |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー エラスターゼ1 | ¥2,571 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(頸管) (レディースコースには含まれます) |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー シフラ | ¥2,571 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ) (レディースコースには含まれます) |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー PRO-GRP | ¥2,571 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 乳がん検診(乳腺エコー) |
| <input type="checkbox"/> アレルギー呼吸セット (フルコースには含まれません) | ¥4,629 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィ+乳腺エコー) |
| <input type="checkbox"/> アレルギー食物セット (フルコースには含まれません) | ¥4,629 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> HPV(女性のみ) (フルコースには含まれません) |
| <input type="checkbox"/> アレルギースクリーニングセット (フルコースには含まれません) | ¥4,629 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 |
| <input type="checkbox"/> アレルギー-MAST2 (33項目のアレルゲン) | ¥13,371 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | <input type="checkbox"/> 女性更年期 (フルコースには含まれません) |
| <input type="checkbox"/> BNP | ¥2,571 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ | ○ | |
| 日中の連絡先【必須】 | ご自宅・勤務先他() | | | | | | | |
| 電話番号・お名前【必須】 | () | | | | | | | ご本人・代理() |

※この申し込みは仮予約です。FAX送信後2日以内(日・祝含まず)に連絡が無い場合は、当ドックにご連絡下さい。



〒 543-003 大阪市天王寺区石ヶ辻町15番15号 上六メディカルビル
TEL. 06-6775-3131 FAX. 06-6775-3121