

〈人間ドック申込書 FAX〉

十全記念病院 予防健診センター

直通FAX番号：053-586-0715

直通フリーダイヤル：0120-565639

※この用紙を上記番号にFAXしてください

申込日： 年 月 日

ふりがな		性別
受診者氏名		男 ・ 女
生年月日	大 昭 平 年 月 日	年齢 歳
ご住所	(〒 -)	
健康保険組合		

※健康保険証の下部に記載されている組合名を記載してください

当院の受診歴	あり ・ なし	診察券番号 ※診察券をお持ちの方	
--------	---------	---------------------	--

■受診希望日をご記入をお願いします

受診希望日	① 年 月 日	② 年 月 日
-------	---------	---------

■希望されるコースに☑をつけてください

<input type="checkbox"/> 人間ドック 男性 ¥35,000 (税込)	<input type="checkbox"/> 人間ドック 女性 ¥35,000 (税込)
<input type="checkbox"/> 脳ドック 男性 ¥50,000 (税込)	<input type="checkbox"/> 脳ドック 女性 ¥50,000 (税込)

※人間ドックの詳細項目については、別紙のコース一覧表をご覧ください

※脳ドックは標準の人間ドックに「頭部MRI検査」、「頸動脈超音波検査」を追加したコースになります

■下記オプション検査をご希望される方は、下記の申込欄に☑をつけてください

申込欄	検査項目	金額 (税込)	申込欄	検査項目	金額 (税込)
<input type="checkbox"/>	内視鏡検査 (胃カメラ)	¥3,000	<input type="checkbox"/>	PET・CT検査	¥95,000
<input type="checkbox"/>	内視鏡検査 (大腸カメラ)	¥9,500	<input type="checkbox"/>	乳がん精密検査 (マンモグラフィ)	¥5,000
<input type="checkbox"/>	脳内精密検査 (頭部MRI・MRA検査)	¥13,500	<input type="checkbox"/>	乳がん精密検査 (乳房エコー)	¥3,000
<input type="checkbox"/>	動脈硬化検査 (血圧脈波検査)	¥1,000	<input type="checkbox"/>	卵巣がん精密検査 (MRI)	¥13,500
<input type="checkbox"/>	頸動脈超音波検査 (頸動脈エコー)	¥3,000	<input type="checkbox"/>	心臓精密検査	¥13,000
<input type="checkbox"/>	肺がん精密検査 (胸部CT検査)	¥10,000	<input type="checkbox"/>	骨ドック (骨密度測定)	¥3,000
<input type="checkbox"/>	内臓精密検査 (腹部CT検査)	¥10,000	<input type="checkbox"/>	血中ピロリ菌抗体検査	¥2,100

※FAXが届き次第申込者様に電話連絡を行います。

人間ドックのご案内、受診日の調整、詳細事項の説明をさせていただきます。

※その他お問い合わせがございましたら予防健診センター直通電話：0120-565639までお願い致します。