

健康診断申込用紙

1. 健康診断を受けられる方の情報

(フリガナ) お名前		性別		生年月日	西暦 昭和 平成	年	月	日	(歳)
住所	〒			連絡先 電話番号	自宅 :				
保険証	保険者番号 :	記号 :			番号 :				

2. 問診票・結果票の送付先が上記住所と異なる場合はご記入ください

送付先	〒
-----	---

3. 希望受診日

第1希望日	年	月	日	予約確定日	年	月	日	曜日
第2希望日	年	月	日		受付時間	時	分	
第3希望日	年	月	日					

4. 健診コース ※市町村の助成をご利用の方は料金が異なります。

<input type="checkbox"/>	人間ドック	36,300円	<input type="checkbox"/>	バリウム	<input type="checkbox"/>	胃カメラ	<input type="checkbox"/>	胃検査なし
<input type="checkbox"/>	生活習慣病予防健診	21,370円	<input type="checkbox"/>	バリウム	<input type="checkbox"/>	胃カメラ (+3,300円)	<input type="checkbox"/>	胃検査なし
<input type="checkbox"/>	法定健診・雇用時健診	9,250円						
<input type="checkbox"/>	脳ドック	37,990円						
<input type="checkbox"/>	特定健診							
<input type="checkbox"/>	市町村がん検診	<input type="checkbox"/>	肺がん検診	<input type="checkbox"/>	大腸がん検診	<input type="checkbox"/>	乳がん検診	
		<input type="checkbox"/>	胃がん検診 ⇒ (<input type="checkbox"/>	胃カメラ	又は	<input type="checkbox"/>	バリウム)

5. オプション検査

腫瘍 マーカー	<input type="checkbox"/>	A F P	※主に肝臓がんの検査	1,210	円
	<input type="checkbox"/>	C E A	※主に大腸がんの検査	1,190	円
	<input type="checkbox"/>	C A 1 9 - 9	※主に膵癌の検査	1,470	円
	<input type="checkbox"/>	P S A	※主に前立腺がんの検査	1,470	円
	<input type="checkbox"/>	C A 1 2 5	※主に卵巣がんの検査	1,670	円
アミノ インデックス	<input type="checkbox"/>	男性AICS 5種 (胃がん、肺がん、大腸がん、膵臓がん、前立腺がん)		19,800	円
	<input type="checkbox"/>	女性AICS 6種 (胃がん、肺がん、大腸がん、膵臓がん、乳がん、子宮がん・卵巣がん)		19,800	円
その他 検査	<input type="checkbox"/>	胃部X線検査		12,880	円
	<input type="checkbox"/>	胃内視鏡検査		13,490	円
	<input type="checkbox"/>	腹部超音波検査		6,050	円
	<input type="checkbox"/>	骨密度測定 (腰椎撮影)		3,960	円
	<input type="checkbox"/>	胸部C T 検査		12,320	円
	<input type="checkbox"/>	頭部M R I、M R A 検査 頸部M R A 検査		20,900	円
	<input type="checkbox"/>	婦人科検診 (マンモグラフィ)		6,010	円
	<input type="checkbox"/>	心電図		1,430	円
	<input type="checkbox"/>	頸部超音波検査		3,850	円
	<input type="checkbox"/>	動脈硬化検査 (A B I)		2,200	円
<input type="checkbox"/>	ヘリコバクター・ピロリ抗体検査		770	円	

6. その他 ご要望がございましたらご記入ください