

# 人間ドック(日帰り)申し込み用紙

FAX: 03-6228-0546

## I. 枠線内のご記入をお願い致します。

基本コース 受診希望日	年 月 日 ( 曜日 )		国内保険証 ドック受診	あり・なし 初・再
氏名	フリガナ	男 ・ 女	診察券番号 (お持ちでない場合は 記入不要)	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 )			
住所	〒 -			
TEL	- -	団体契約	あり・なし	
E-mail				
代理人氏名			代理人TEL	- -
代理人E-mail				

## II. 基本コースについて、希望するものいずれかをお選びください。

検査項目	希望するもの
上部消化管検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻・鎮静剤無) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口・鎮静剤有)※別途5,500円
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口・鎮静剤無) <input type="checkbox"/> 胃X線透視(バリウム検査)
	※胃カメラは原則経鼻で行いますが、ご要望により経口でも行えます。 ※鎮静剤下の胃カメラは、経口で行います。また、別途5,500円を申し受けます。

## III. オプション検査について、希望するものに○をつけてください。

※受診希望日欄があるオプションについて、通常は後日の検査となりますので、受診希望日をご記入ください。  
また、一部を除いてそれぞれで別日にご受診いただく必要があります。詳しくはお電話で直接お尋ねください。  
※内視鏡時の鎮静剤をお申込みの方は、同日に脳ドックをご受診いただけません。(医療安全上の配慮の為)

希望	オプション名	金額	受診希望日
	脳ドック(MRI/頸部エコー)	¥47,300	
	認知症テスト(★脳ドック必須)	¥11,000	
	内臓脂肪面積(腹部CT)	¥16,500	
	胸部CT	¥16,500	
	大腸内視鏡	¥25,300	/
	大腸CT	¥38,500	/
	骨密度測定	¥5,500	
	骨代謝マーカー	¥5,720	
	生活習慣病	¥11,000	
	腫瘍マーカー	¥9,350	
	アレルギー検査(MAST36)	¥15,400	
	ワクチンドック	¥16,500	
	母子感染予防ドック	¥22,000	

希望	オプション名	金額	受診希望日
	膵臓ドック(MRCP)	¥33,000	/
	心臓ドック	¥33,000	
	動脈硬化検査(PWV・ABI)	¥2,200	
	肝臓ドック	¥14,300	
	甲状腺ドック	¥22,000	
	乳がんドック	¥10,450	
	HPV検査	¥5,500	
	PET検査	¥110,000	/
	HIV抗体	¥2,200	
	ヘリコバクター・ヒロリ抗体	¥3,300	
	栄養相談+InBody	¥3,300	
	InBody(単体)	¥1,100	

国内保険資格を持たない方・日本語が上手く話せない方は上記料金の2倍となります

## IV. 基本コースについて、受診希望日と、避けたい日をご記入ください。

	基本コース希望日			避けたい日		
第1希望日	月	日	曜	月	日	曜
第2希望日	月	日	曜	月	日	曜
第3希望日	月	日	曜	月	日	曜

## V. 備考欄

--