

日 帰 り 人 間 ド ッ ク の 申 込 書

申し込み年月日 平成 年 月 日

《 基 本 コ ー ス 》

チェック	コース名	料金(税抜)
○	基本コース	¥40,000

※ 上記の料金は消費税が含まれておりません(別途、消費税を頂きます)

※上部消化管検査は、胃カメラが標準となります。経口又は経鼻からの検査が可能です。

	経口希望	通常は経口からの検査となります。
	経鼻希望	また、ご希望の無い場合も経口からとさせていただきます。

《 オ プ シ ョ ン 》

* ご希望のコースにチェックしてください。(検査の詳細内容は別紙をご覧ください。)

チェック	コース名	料金(税抜)	チェック	コース名	料金(税抜)
	胸部CT検査	¥14,700		CTによる 内臓脂肪面積計測	¥14,700
	心臓超音波検査	¥8,800		ヘリコバクター・ピロリ	¥2,900
	頸動脈超音波検査	¥5,500		ペプシノゲン	¥4,000
	甲状腺機能検査	¥2,560		空腹時インスリン濃度	¥2,580
	前立腺腫瘍マーカー	¥2,800		呼気一酸化炭素濃度測定	¥2,400
	男性腫瘍マーカー (前立腺腫瘍マーカーを含む)	¥5,260		24時間ホルター心電 図	¥15,000
	女性腫瘍マーカー	¥5,450		24時間血圧測定	¥2,000
	P W V / A B I	¥1,300			

※ 上記の料金は消費税が含まれておりません(別途、消費税を頂きます)

※ 検査によっては所要時間により終了時間がお昼の12時を過ぎることがあります。

《 第 1 希 望 日 》 平成 年 月 日 (曜日)

《 第 2 希 望 日 》 平成 年 月 日 (曜日)

※万一ご希望日が予約定員に達している場合は、ご相談のうえ、日程を調整させて頂くことがございます。

◎健保連より日帰り人間ドック利用ですか? はい いいえ

《 ご 要 望 等 》

()

フリガナ				性別	男・女
氏名					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	TEL
住所	〒				

*お申込みは、必要事項をご記入のうえ1階受付窓口又は郵便、FAXにてお申込みください。