

健康診断申込書

検査項目	A	B	C	D	オプション料金
健康診断基本料金 ※診断・証明書料・生活指導を含む ※問診・身長・体重・視力検査・聴力検査を含む	○	○	○	○	6,600 円
尿検査 ※尿比重・蛋白・潜血・糖・ケトン体	○	○	○	○	660 円
胸部レントゲン検査		○	○	○	2,200 円
心電図 ※胸部 12 誘導			○	○	1,650 円
大腸癌検査 ※便潜血 2 日法			○	○	1,800 円
血液検査① ※血算・血液生化学 7 項目まで		○			4,620 円
血液検査② ※血算・血液生化学 17 項目まで			○	○	5,500 円
血液検査③ ※HBs 抗原・抗体 / HCV (外注検査)					8,800 円
胃内視鏡検査 ※ピロリ菌検査込み				○	22,000 円
便細菌培養検査 ※O-157 検査を含む					3,850 円
大腸内視鏡検査					28,900 円～
乳がん検診 ※乳腺超音波を含む					4,400 円
骨粗鬆症検査					2,970 円
夜間睡眠ポリグラフィ ※睡眠時無呼吸検査					9,900 円
腫瘍マーカー検査 (外注検査)					6,500 円
※シフラ (CYFRA) 追加					8,500 円
診断書・証明書追加発行料 (1 通につき)					2,200 円

※ 申し込みされるコース名を○印で囲んでください。各コースに追加する検査を希望される場合は空欄に○印を記入してください。

※ 胃内視鏡検査、大腸内視鏡検査は保険適用（保険診療）となる場合がありますので保険証を必ずご持参ください。

上記検査の健康診断を申し込みます

申込日	年	月	日		
検診希望日	第 1 希望日	年	月	日	午前・午後 時
	第 2 希望日	年	月	日	午前・午後 時
ご住所	〒				
お名前				性別	男・女
生年月日	年	月	日	年齢	歳
電話 / FAX	携帯電話 / 固定電話 / FAX				
E-mail					

※ この書式を印刷して FAX (044-722-6142) に送信してください。また本書式を検診日当日に必ずご持参ください。

※ 検診の希望日（候補日）を複数ご記入またはお知らせください。

※ お急ぎの方や不明な点などは当院まで電話 (044-722-6061) にてお問い合わせまたはご相談ください。