

## 健康診断申込表

健康診断検査項目	A	B	C	D	オプション 料金
健康診断基本料金(問診・身長・体重・血圧・視力・聴力・診断書料)	○	○	○	○	6480 円
尿検査(蛋白・潜血・糖)	○	○	○	○	680 円
胸部レントゲン検査		○	○	○	1940 円
心電図(胸部12誘導)			○	○	1940 円
大腸癌検査(便潜血2日法)			○	○	1940 円
血液検査①(血算・血液生化学7項目まで <sup>※2</sup> )		○			4320 円
血液検査②(血算・血液生化学17項目まで <sup>※2</sup> )			○	○	5400 円
血液検査③(HbA1c)			○	○	680 円
血液検査④(B型肝炎・C型肝炎)				○	5400 円
胃内視鏡検査(ピロリ菌検査込み)				○	16200 円
便細菌培養検査(O-157・サルモネラ・赤痢・腸炎ビブリオ)					4860 円
乳がん検診(乳腺超音波含む)					3780 円
夜間睡眠ポリグラフィー(睡眠時無呼吸検査)					9720 円
診断書追加発行料(1通につき)					2160 円

申し込まれるコース名を○印で囲んで下さい。各コースに追加する検査を希望の場合には、空欄に○印を付けて下さい。尚、胃内視鏡検査は保険診療となる場合がありますので、保険証を必ずお持ち下さい。

上記検査の健康診断を申し込みます。

申込日	平成	年	月	日		
健診希望日	第1希望	平成	年	月	日	午前・午後 時
	第2希望	平成	年	月	日	午前・午後 時
住所	〒					
氏名						
生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	男・女
電話・FAX						
E-mail						

この書式を印刷し、FAX(044-722-6142)に送信の上、健診に持参下さい。健診日時はご希望に添えない場合もございますので、候補の日時を複数お知らせ下さい。詳しくは、TEL(044-722-6061)までご連絡下さい。お急ぎの方は、お電話にて御相談下さい。