

# 健康診断申込書

2023年4月改訂

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	○	○	○	○	880円
胸部レントゲン検査		○	○	○	2,750円
心電図 ※胸部12誘導			○	○	2,200円
大腸癌検査 ※便潜血2日法			○	○	2,200円
血液検査① ※血算・血液生化学7項目まで A-14+HbA1c		○			5,500円
血液検査② ※血算・血液生化学17項目まで A-14+HbA1c			○	○	6,600円
血液検査③ ※HBs抗原・抗体/HCV(外注検査)					11,000円
胃内視鏡検査 ※ピロリ菌検査・A-15を含む				○	27,500円～
便細菌培養検査 ※O-157検査を含む					5,500円
大腸内視鏡検査					44,000円～
乳がん検診 ※乳腺超音波を含む					5,500円
骨粗鬆症検査					3,300円
夜間睡眠ポリグラフィー ※睡眠時無呼吸検査					13,200円
腫瘍マーカー検査(外注検査) ※AFP、CEA、CA19-9、SCC、サイログロブリン (男性は+PSA/女性は+CA125、CA15-3)					7,700円
※シフラ(CYFRA)追加					11,000円
診断書・証明書追加発行料(1通につき)					2,750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。