

# 人間ドック(宿泊)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<br>受診希望日 | 年 月 日( ) ~ 月 日( )      | 国内保険証<br>ドック受診 | あり・なし<br>初・再                 |
| 氏名             | フリガナ                   | 男<br>・<br>女    | 診察券番号<br>(お持ちでない場合は<br>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。<br>※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。            |
| 糖負荷試験(OGTT) | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない    ※既に糖尿病をお持ちの方はお受けできません。 |

## 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 |       |
|    | 大腸CT(内視鏡に代わり)   | ¥13,200 |       |
|    | 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         | ¥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  |       |
|    | HPV検査           | ¥5,500   |       |
|    | PET検査           | ¥110,000 | /     |
|    | ヘリコバクター・ピロリ抗体   | ¥3,300   |       |
|    | 歯科口腔ケア          | ¥5,500   |       |
|    | 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. 検査着をご用意しております。目安までに、普段のお洋服のサイズをご記入ください。

( S ・ M ・ L ・ LL )

## V. 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 |

## VI. 備考欄

|  |
|--|
|  |
|--|