

人間ドック予約申込書

一般財団法人 慈愛病院



〒113-0033

東京都文京区本郷6丁目12番5号

TEL:03-3812-7360 FAX:03-3811-7717

○健診日(祝日は実施していません)

男性:月曜日から金曜日

女性:月曜日・火曜日、木曜日・金曜日

(水曜日をお選びいただいた場合、コース内の乳腺超音波検査は他日の実施となります)

○健診時間:午前9:00に開始し、午後12:00頃の終了(医師との面接時間を含む)

1日コースをご受診の方のお帰り予定時刻は、午後1:00~3:00頃となります。

○必要事項をご記入のうえ、当院受付までご連絡下さい。

コースを選択して下さい。↓

ご希望のコース		[A]半日コース:45,000円	[B]1日コース:55,000円	A・B
申込者	フリガナ			男・女
	氏名			生年月日 昭和・平成 年 月 日(歳)
	住所	〒 - 携帯又は自宅電話 ()		
健診希望日	第一希望	月 日 ()	第二希望	月 日 ()
	その他お伝えしたいこと()			
当院に通院したことが (ある)・(ない)				
胃の検査はどちらを希望されますか (右のどちらかに○をつけて下さい)		(胃内視鏡検査)・(胃X線検査「バリウム」)		

※胃内視鏡検査をご希望の方で、ヘリコバクター・ピロリ菌検査や病理組織検査が必要な場合には保険診療となります。

◆下記のオプション検査をご希望の方は、[]内の該当に○をつけて下さい。

- ・頭部CT検査を希望されますか(別途10,000円かかります) [する・しない]
- ・胸部CT検査を希望されますか(別途10,000円かかります) [する・しない]
- ・腹部CT検査を希望されますか(別途10,000円かかります) [する・しない]
- ・大腸内視鏡検査を希望されますか(別途20,570円かかります) [する・しない]
- * 大腸内視鏡検査は健診日とは別に検査日を予約して頂きます。
- ・骨塩定量検査を希望されますか(別途3,085円かかります) [する・しない]
- ・エイズ検査(HIV-1、2抗体価)を希望されますか(別途3,085円かかります) [する・しない]
- ・喀痰細胞診検査を希望されますか(別途4,110円かかります) [する・しない]

◆下記の専門ドックを単独でご希望の方は、該当に○をつけて下さい。

- ・乳腺ドックを希望されますか(別途4,120円かかります) [する・しない]
- ・肺ドックを希望されますか(別途21,600円かかります) [する・しない]
- ・肝ドックを希望されますか(別途21,600円かかります) [する・しない]
- ・メタボリックドックを希望されますか(別途6,480円かかります) [する・しない]

※いずれの検査も消費税は含まれております。

※なお、一部のオプション検査にて、保険適用となる場合があります。

(検査前に、医師より事前説明があります)