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6-12-5
TEL：03-3812-7360　FAX：03-3811-7717

【 健 診 日 】　月曜日から金曜日（祝日は除く）

【 健診時間 】　9：00開始、12：00頃終了　（医師との面接時間を含む）
　　１日コースご希望の方は終了時刻が13：00～15：00頃となります。

◎　**結果判定後、1回のみ無料にて管理栄養士による栄養相談をお受けできます。**

○　必要事項をご記入のうえ、当院受付までご連絡下さい。

ご希望コース		〔A〕　半日コース　：　49,500円		コースを選択してください	
		〔B〕　１日コース　：　55,000円		A　・　B	
申込者	フリガナ 氏　名		男・女	生年月日	昭和・平成　年　月　日 （　歳）
	住　所	〒　ー 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（　）	
		その他ご要望　（　）			
当院に受診したことはありますか				胃の検査はどちらを希望されますか　※1	
はい　・　いいえ				内視鏡 経鼻　・　経口	X線（バリウム）

※ 内視鏡検査をご希望で、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。

◆下記検査は別途料金が発生します。ご希望の方は〇印をご記入ください。

	項　目	金　額	〇
オプション	頭部CT	11,000	
	胸部CT	11,000	
	腹部CT	11,000	
	大腸内視鏡検査 ※ 別日実施（予約）になります	22,000	
	腫瘍マーカー検査 男性：CEA・CA19-9・CYFRA	5,500	
	腫瘍マーカー検査 女性：CEA・CA19-9・CA-125	5,500	
	骨塩定量検査	3,300	
	エイズ（採血：HIV-1・２抗体価）	3,300	
	喀痰細胞診	4,400	
他	肺ドック	7,700	
	肝ドック	22,000	

※ 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）