

<人間ドック申込書-FAX>

新都市病院 予防健診センター直通FAX番号：0538-34-0415

フリーダイヤル：0120-288-283

※この用紙を上記番号にFAXしてください

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		性別
受診者氏名		男 ・ 女
生年月日	大 昭 平 年 月 日	年齢 歳
ご住所	(〒 -)	
健康保険組合名		

※健康保険証の下部に記載されている組合名を記載ください

当院の受診歴	あり ・ なし	診察券番号 ※診察券をお持ちの方
--------	---------	---------------------

連絡先 電話番号	() -	勤務先 自宅 携帯
-------------	-------	-----------

■受診希望日をご記入をお願いします

受診希望日	①平成 年 月 日	②平成 年 月 日
-------	-----------	-----------

■希望されるコースに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 人間ドック男性 (¥36,000税込)	<input type="checkbox"/> 人間ドック女性 (¥36,000税込)
<input type="checkbox"/> 脳ドック男性 (¥62,000税込)	<input type="checkbox"/> 脳ドック女性 (¥62,000税込)

※人間ドックの詳細項目については別紙のコース一覧票をご覧ください

※脳ドックは標準の人間ドックに「頭部MRI検査」、「頸動脈超音波検査」を追加したコースとなります。

■下記オプション検査をご希望される方は下記の申込欄に☑をつけてください。

申込欄	検査項目 (金額※税込)	申込欄	検査項目 (金額※税込)
<input type="checkbox"/>	内視鏡検査 (胃) (¥3,000)	<input type="checkbox"/>	動脈硬化検査 (血圧脈波検査) (¥1,000)
<input type="checkbox"/>	頸動脈超音波検査 (頸動脈エコー) (¥3,000)	<input type="checkbox"/>	肺癌精密検査 (胸部CT) (¥10,000)
<input type="checkbox"/>	乳癌精密検査 (マンモorエコー) (¥3,240)	<input type="checkbox"/>	内臓精密検査 (腹部CT) (¥10,000)
<input type="checkbox"/>	骨ドック (骨密度測定) (¥3,000)	<input type="checkbox"/>	C型肝炎検査 (HCV抗体検査) (¥1,000)

※FAXが届き次第申込者様に電話連絡させていただき、人間ドックのご案内、受診日の調整等詳細事項についてご説明をさせていただきます。

※その他お問合せがございましたら予防健診センター (フリーダイヤル) : 0120-288-283までご連絡いただきますようお願い致します。