

健康診断申込書

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	○	○	○	○	
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		○			5,500 円
血液検査② ※血算・血液生化学 17 項目まで			○	○	7,700 円
血液検査③ ※HBs 抗原・抗体／HCV（外注検査）					13,200 円
胃内視鏡検査 ※ピロリ菌検査込み				○	33,000 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					55,000 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					16,500 円
腫瘍マーカー検査（外注検査）					12,100 円
※シフラ（CYFRA）追加					16,500 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マイナンバーカードまたは資格情報通知書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）を複数で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。