

健診診断 申込書

1. 健康診断を受ける方の情報をご記入ください。

健診日	20 年 月 日	中江病院の患者番号がお分かりになればご記入ください (ID:)	
お名前	フリガナ	性別	男 ・ 女
		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 -	日中連絡先	
		他の連絡先	
勤務先 (事業所名)		勤務先電話番号	
勤務先住所	〒 -	ご希望連絡先 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()	

2. ご希望のコースにチェックをつけてください。(料金は税込です)

一般向け健診	企業向け健診
<input type="checkbox"/> 基本コース 18,000 円	<input type="checkbox"/> 定期健康診断 8,000 円
<input type="checkbox"/> 精密コース 36,000 円	<input type="checkbox"/> 簡易健診 4,000 円
* 胃部X線検査(胃透視)を胃カメラへ変更	
<input type="checkbox"/> 胃カメラを希望する 4,000 円	専門検診
	<input type="checkbox"/> 心臓検診コース 40,000 円

※ セット料金のため、一部の検査をキャンセルされても料金の変更はできません。

3. ご希望のオプションにチェックをつけてください。(料金は税込です)

検体検査	その他検査
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーセット 4,300 円	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査(胃透視) 9,200 円
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査 2,900 円	<input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 13,200 円
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 1,300 円	<input type="checkbox"/> 骨密度検査 3,400 円
<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 (ABC検診) 3,500 円	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 5,500 円
<input type="checkbox"/> アレルギー検査 12,000 円	<input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 1,000 円
<input type="checkbox"/> 食塩摂取量 1,000 円	<input type="checkbox"/> 肺機能検査 2,000 円
<input type="checkbox"/> 便潜血検査 1,000 円	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 2,500 円

4. 検査結果について

原則、結果票は後日郵送となっております。