

人間ドック予約申込書



- 健診日：毎週月曜日～金曜日「祝日は除く」
- 健診時間：午前 9:00～午後 12:00（医師との面接時間を含む）
1日コース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。
- 必要事項記入の上、当院受付までお越し下さい。

コースを選択してください ↓

ご希望のコース A 半日コース：45,000円 B 1日コース：50,000円		A・B	
申込者	フリガナ	男・女	生年月日 昭和 年 月 日 (才)
	氏名		
	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 ()	
当院に通院したことが (ある) ・ (ない)		受診後医師との面接を希望 (する) ・ (しない)	
胃の検査はどちらを希望されますか。 どちらかに○を付けてください		(胃内視鏡検査) ・ (胃×線検査「バリウム」)	

※胃内視鏡検査希望の方で、病理組織検査が必要な場合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○を付けてください。

- ・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]
- ・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]
- ・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]
- ・大腸内視鏡検査を希望されますか。(別途20,000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日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3,000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3,000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4,000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○を付けてください。

- ・乳腺ドックを希望されますか。(別途4,000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21,000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21,000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6,300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。尚、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。)



〒113-0033
東京都文京区本郷6-12-5
慈愛病院

お問い合わせ「平日：午前9時～午後5時」
TEL 03-3812-7360
FAX 03-3811-7717