

人間ドック申込書

* 枠内に必要事項の記入をお願いします。

氏名	ふりがな		性別(どちらかに○)	
			男・女	
生年月日	M・T・S・H	年	月	日(歳)
住所	〒			
電話		F		
		A		
		X		

* 健診希望日

第一希望日	月	日	(曜日)
第二希望日	月	日	(曜日)
第三希望日	月	日	(曜日)

ご希望の検査項目に○印を付けて下さい。

(※金額はすべて税込みです。)

* 基本コース : 37,800 円

* オプション

- ・ 脳ドック(脳MRI・MRA、頸動脈エコー) : 27,000 円
- ・ 子宮がん検査(内診、細胞診) : 3,240 円
- ・ マンモグラフィー(視触診有) : 5,400 円
- ・ 骨密度検査 : 1,520 円
- ・ ピロリ菌検査(採尿) : 3,240 円
- ・ がん検査(採血) : 4,320 円

◇ 男性用 (肝臓・消化器一般・肺・前立腺)

◇ 女性用 (肝臓・消化器一般・肺・卵巣)