健康ライフプラザ健診センター　健康診断申し込み書

ＦＡＸ返信先：０７８-６５２－５２１１

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会社名 |  | | | | | |
| 氏　名 | 様 | 男・女 | 生年月日 | 昭和  平成 | 年　　　月　　　日生 |

　※２週間先以降の　ご希望の日を　記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第１希望日 | 月　　　　　日　（　　　）　　午前　・　午後 | | 決定日時 |
| 第２希望日 | 月　　　　　日　（　　　）　　午前　・　午後 | |
| 第３希望日 | 月　　　　　日　（　　　）　　午前　・　午後 | |
| ※確定日のご連絡先 | | （　　　　　　　　）　　　　　－ | （携帯・自宅・職場） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１．健診コースをお選び下さい。（○印を付けて下さい）** | | | | | |
|  | 半日ドック | | ⇒胃部検査は　（ 胃X線 ・ 内視鏡 ・ 胃なし ） | | | 内視鏡差額 \3,300 |
|  | 協会けんぽ一般健診 | | ⇒胃部検査は　（ 胃X線 ・ 内視鏡 ・ 胃なし ） | | | 内視鏡差額 \5,500 |
|  | 定期健診　　　　　　　　　　⇒胃部検査は　下記に〇印を付けてください | | | | |
|  | 胃X線　　　　\13,420 | |  | 胃内視鏡　　　　\18,920 |
|  | その他の健診（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **２．オプション検査　（希望するものに○印を付けて下さい）** | | | | | （税込） |
|  | 頭部MR検査 | \26,400 |  | PSA検査（前立腺がん） | \1,760 |
|  | 頸椎MR検査 | \20,900 |  | AFP検査 | \2,090 |
|  | 腰椎MR検査 | \22,000 |  | CA19-9検査 | \2,090 |
|  | 乳がん検査(視触診・ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ) | \6,050 |  | CA125検査 | \2,090 |
|  | 乳がん検査(視触診・乳房ｴｺｰ) | \5,830 |  | 【ﾄﾞｯｸ】 CEA検査 | \2,090 |
|  | 子宮頸がん検査 | \4,070 |  | 【ﾄﾞｯｸ】 腹部超音波検査 | \5,500 |
|  | HPV検査 ※子宮頸がんと同時受診に限る | \5,500 |  | 【ﾄﾞｯｸ】 眼底検査 | \1,760 |
|  | 骨量測定検査(DXA法) | \3,960 |  | 【ﾄﾞｯｸ】 B型肝炎検査 (HBs抗原精密) | \1,650 |
|  | 便中ﾍﾘｺﾊﾞｸﾀｰ･ﾋﾟﾛﾘ抗原検査 | \3,850 |  | 【ﾄﾞｯｸ】 C型肝炎検査 (HCV抗体) | \1,540 |
|  | 喀痰細胞診検査 | \3,080 |  | 睡眠時無呼吸検査(ﾊﾟﾙｽｵｷｼﾒﾄﾘｰ) | \5,500 |
|  | 甲状腺機能検査(TSH･FT3･FT4) | \4,950 |  |  |  |
|  | 甲状腺セット検査(超音波･TSH) | \5,500 |  |  |  |

【ﾄﾞｯｸ】印 は半日ドックに含まれている検査です。