

日帰りドック申込書

申込日： 年 月 日 ◎当院受診歴： 有 ・ 無
※確認のため、事前にお電話させていただく場合がございます。

患者番号	—	—	〔	健康保険組合〕
※会社・企業を通してのお申し込みの場合はご記入ください。				
受診日	年 月 日			
フリガナ				
氏名	男 ・ 女			
生年月日	西暦	年	月	日 歳

住所	〒			
	電話	携帯電話		
	日中連絡先： 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先(勤務先名： 電話：)			

書類等 送付先	☐ 同上 ☐ 会社()			
	住所	〒		
	電話			

●胃検査（いずれか一つに○をつけてください。） ●女性検診

☐	胃カメラ	☐	マンモグラフィー
☐	胃透視	☐	乳腺エコー
☐	胃検査なし	☐	乳腺検査なし
☐		☐	子宮がん検診あり
☐		☐	子宮がん検診なし

●オプション一覧（※有料。ご希望のオプションに○をつけてください。）

☐	肺オプション	41,800円	☐	肺機能検査(肺オプションに含む)	3,300円
☐	脳ドック ※日帰りドックとは別日となります。 ※ジェルネイル・マグネットネイル不可。	55,000円	☐	頸動脈エコー(脳ドックに含む)	5,500円
検査日 年 月 日 :			☐	長時間酸素飽和度測定 ※翌日返却のため来院が必要。 ※ジェルネイル・マグネットネイル不可。	8,800円
☐	PET-CT検査(日帰りドックとは別日)	132,000円	☐	骨密度	5,500円
検査日 年 月 日 :			☐	喀痰(肺オプションに含む)	3,300円
			☐	ピロリ菌(便検査)	5,500円
			☐	OCT(眼底三次元画像解析)	4,400円
			☐	CEA(大腸癌など 肺オプションに含む)	2,200円
			☐	AFP(肝臓癌など)	2,200円
			☐	HIV	3,300円

前回ドック	年 月 日 ・ 初回
-------	------------

※ キャンセル料について ご予約後、受診予定日の前日営業時間以降に予約変更・キャンセルをされた場合にキャンセル料が発生しますのでご注意下さい。(日帰りドック:3,000円)