

# 日帰り大腸検査コース申込書

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<br>送付先 | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 会社( ) |
|            | 住所 〒   |
|            | 電話   |

## ●胃検査

|                                       |
|---------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 胃カメラ |
|---------------------------------------|

※胃透視(バリウム)はお選びいただけません。

|  |
|--|
| <input checked="" type="radio"/> 大腸カメラ |
|--|

## ●女性検診(いずれか一つに○をつけて下さい)

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | マンモグラフィー |
| <input type="checkbox"/> | 乳腺エコー    |
| <input type="checkbox"/> | 乳腺検査なし   |
| <input type="checkbox"/> | 子宮がん検診あり |
| <input type="checkbox"/> | 子宮がん検診なし |

## ●有料オプション一覧(ご希望のオプションに○をつけてください。)

|            |        |
|------------|--------|
| CEA(大腸癌など) | 2,200円 |
| AFP(肝臓癌など) | 2,200円 |
| HIV        | 3,300円 |

|   |        |
|---|--------|
| 長時間酸素飽和度測定<br>※翌日返却のため来院が必要。<br>※ジェルネイル・マグネットネイル不可。 | 8,800円 |
| 喀痰  | 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 |

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| PET-CT検査<br>※日帰りドックとは別日となります。 | 132,000円 |
| 検査日                           | 年 月 日 :  |

|       |            |
|-------|------------|
| 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ください。(6,000円)