

下記の質問にお答え下さい。【*】は必須事項となりますので、必ずお答え下さい。

* 氏名(カナ)		性別	男	女	
* 氏名(漢字)		生年月日	年	月	日

ドックをご受診の際に、健康保険組合または、会社の補助を使われますか？(○を付けて下さい)

* 使わず、自費で受診 ・ 使う (名称: _____)

【希望コースの選択】

① コース選択 ★希望される内容に○をつけて下さい。

<人間ドック基本コース>

* 希望	胃検査方法	料金(税抜)
<input type="checkbox"/>	バリウム	¥41,500
<input type="checkbox"/>	胃検査無し	¥36,990

希望	胃検査方法	料金(税抜)
<input type="checkbox"/>	胃カメラ(口腔)	¥46,500
<input type="checkbox"/>	胃カメラ(鼻腔)	¥46,500

<脳ドックコース>

* 希望	コース名	料金(税抜)
<input type="checkbox"/>	脳卒中+認知症	¥55,000
<input type="checkbox"/>	ベーシック	¥40,000
<input type="checkbox"/>	ベーシック+認知症	¥45,000

<ドックコースやオプション検査の金額は、ご契約先によって異なります>

② オプション ★希望される内容に○をつけて下さい。

希望	検査	料金(税抜)
<input type="checkbox"/>	脳(ベーシック)	¥40,000
<input type="checkbox"/>	脳(ベーシック+認知症)	¥45,000
<input type="checkbox"/>	肺CT検査	¥14,000
<input type="checkbox"/>	冠動脈石灰化測定	¥20,000
<input type="checkbox"/>	栄養相談	¥500
<input type="checkbox"/>	体内糖化度検査+栄養相談	¥5,000
<input type="checkbox"/>	亜鉛+栄養相談	¥2,100
<input type="checkbox"/>	推定塩分摂取量+栄養相談	¥3,000
<input type="checkbox"/>	25OHビタミンD+栄養相談	¥4,500
<input type="checkbox"/>	骨密度	¥4,500
<input type="checkbox"/>	喀痰検査	¥1,900
<input type="checkbox"/>	前立腺検査	¥1,600
<input type="checkbox"/>	甲状腺検査	¥3,000
<input type="checkbox"/>	C型肝炎	¥1,600
<input type="checkbox"/>	B型肝炎	¥1,600
<input type="checkbox"/>	梅毒	¥1,600
<input type="checkbox"/>	亜鉛	¥1,600
<input type="checkbox"/>	ヘリコバクター・ピロリ抗体	¥2,640
<input type="checkbox"/>	抗CCP抗体	¥2,100
<input type="checkbox"/>	肝臓線維化検査	¥2,000

希望	検査	料金(税抜)
----	----	--------

【乳がん検診】

<input type="checkbox"/>	40歳未満:乳房エコー	¥4,500
<input type="checkbox"/>	40歳未満:乳房視触診+乳房エコー	¥5,300
<input type="checkbox"/>	40歳以上:マンモグラフィ	¥4,500
<input type="checkbox"/>	40歳以上:乳房視触診+マンモグラフィ	¥5,724
<input type="checkbox"/>	40歳以上:乳房エコー+マンモグラフィ	¥8,500
<input type="checkbox"/>	40歳以上:乳房視触診+乳房エコー+マンモグラフィ	¥9,300

【子宮がん検診】

<input type="checkbox"/>	頸部細胞診+内診+経膈超音波	¥5,000
<input type="checkbox"/>	頸体部細胞診+内診+経膈超音波	¥7,000
<input type="checkbox"/>	HPV検査	¥5,100

【埼玉県心会病院で実施するオプション検査】

<input type="checkbox"/>	3テスラ脳ドックコース	¥45,000
<input type="checkbox"/>	40歳以上:低線量肺CT	¥15,000
<input type="checkbox"/>	40歳以上:3Dマンモグラフィ	¥6,500

オプション検査 希望なし

③ 当日に仮結果説明を希望されますか？ * はい ・ いいえ ※脳ドックコースは当日説明なし

④ 検査希望日をお教え下さい。

* 第1希望日	年	月	日()
第2希望日	年	月	日()

⑤ ご不明な点や質問があればご記入下さい。

⑥ 日程確認後、担当者よりご連絡させていただきますので、必ずご記入下さい。

* 返信方法	FAX希望	電話希望	メール希望	どの方法でもかまわない
ご連絡先番号	()		-	
メールアドレス				