

人間ドック申込書

外 来 I D		申 込 日	西 暦	年	月	日
フリガナ		生 年	西 暦	年	月	日
氏 名	(男・女)	月 日	(大・昭・平 年)			(歳)
住 所	〒 — (返送を防ぐため建物の名称と部屋番号を必ずご記入ください) (万一転居が決定されている場合は、送付先をご指定ください)					
電 話 番 号 (携 帯 電 話)	Tel — — (FAX:) 携帯Tel: — —					
勤 務 先						
勤 務 先 所 住	〒 —					
電 話 番 号	Tel — — (FAX:)					
通話可能なご連絡先	(○で囲んでください)【●自宅 ●勤務先 ●携帯 ●その他 (備考欄にご記入ください)】					
結果報告書ご送付先	(日本郵便レターパックプラス対面配達) (○で囲んでください)【●自宅 ●勤務先 ●その他 (備考欄にご記入ください)】					
コ ー ス (□をチェックしてください) ※2014年(H26年)4月より、料金を改正をしています。 □ 事前に電話連絡済 □ 申込書を直に送付	◆ 基本コース ※単独でのお申込が可能です。(税込料金)					希 望 日
	<input type="checkbox"/> < A > ※月～金	(17,280円)	西 暦	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> < B > ①か②のご希望の検査を囲んで下さい。 上腹部画像検査:①CT→月～金 ②超音波→木 上部消化管検査:①内視鏡→月～金 (②造影透視希望→月、水、木で可能)	(62,640円)	西 暦	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> < C > ※事前説明:金 午後 ※撮影 :月～金	(129,600円)	説明:西 暦	年	月	日 ()
	(過去にPET-CTを受けたことが :ある・ない)		撮影:西 暦	年	月	日 ()
	◆ オプション ※基本コースA, B, Cと併せてご利用ください。					希 望 日
	<input type="checkbox"/> 脳ドック ※月～金 12～13時 ※単独でのお申込が可能です。	(22,680円)	西 暦	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定ドック #1	(3,240円)	西 暦	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定+腹部CT診断ドック #2 ※女性ドックを申し込まれる方は内臓脂肪測定ドックを選択してください。 #1,2 基本コースの月～金曜日には、腹部CTが含まれています。腹部超音波をお選びいただいた方のみお申込みが必要です。	(18,360円)	西 暦	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> 女性ドック ※婦人科診察は月、火、木曜。※腹部CT撮影、腫瘍マーカー④⑩が含まれます。	(33,480円)	西 暦	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> 肺癌ドック ※腫瘍マーカー③④⑦⑧が含まれます	(28,080円)	西 暦	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー ※採血による検査 (項目: ①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥, ⑦, ⑧, ⑨, ⑩, ⑪) ※ご希望の項目に○をつけてください。	(1項目3,240円)	西 暦	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 ※採血による検査 ↳ <input type="checkbox"/> パンフレット内【胃がんリスク検診対象外の方について】のチェック項目に該当しません。	(5,400円)	西 暦	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> アレルギー検査 ※採血による検査	(16,200円)	西 暦	年	月	日 ()
<input type="checkbox"/> 骨密度ドック ※骨塩定量検査(DXA)	(5,400円)	西 暦	年	月	日 ()	
□ 予約取消しに対するキャンセル料について承諾します。						
備 考						



順 天 堂 大 学 医 学 部 附 属
 順 天 堂 東 京 江 東 高 齢 者 医 療 セ ン タ ー
 予 防 医 学 セ ン タ ー

Tel 03-5632-3111(内線2266・月～金 9時～15時)

FAX 03-5632-3719