【人間ドックFAX申込書】

申込日　令和　　年　　月　　日

ふりがな			性別
漢字氏名			男 ・ 女
生年月日	大　昭　平　　年　　月　　日		年齢　　歳
ご住所	（〒　　－　　）		
連絡先 電話番号	（　　）　　－	日中連絡先 電話番号	（　　）　　－
当院の受診歴	あり　・　なし	診察券番号 ※診察券をお持ちの方	□□□□-□□□-□

■受診希望日をご記入ください。

受診希望日	①　令和　6　年　　月　　日	②　令和　6　年　　月　　日

■希望されるコースに ☑ をつけてください。

□ １日ドック（￥52,800→￥42,800）（税込）	□ 半日ドック（￥41,800→￥33,800）（税込）

■下記オプション検査をご希望される方は下記申込欄に ☑ をつけてください。

申込欄	検査項目（金額※税込）	申込欄	検査項目（金額※税込）
□	半日ドックの方で内視鏡（胃カメラ）へ変更（￥5,500）	□	婦人科検診（￥7,700）【月・火・木・金曜のみ】
□	胃カメラ時の鎮静剤使用効果強（￥3,300）	□	胃カメラ時の鎮静剤使用効果弱（￥2,200）
□	脳ドック（￥36,300）	□	乳がん検診マンモグラフィのみ（￥5,500）
□	肺ドック（￥17,600）	□	肺ドック CTのみ（￥12,100）
□	内臓脂肪検査（￥5,500）	□	骨密度（￥4,950）
□	大腸内視鏡（￥22,000）※別日に実施	□	大腸カメラ時の鎮静剤使用（￥2,200）
□	花粉症（￥7,700）	□	ABC検診（￥4,950）
□	動脈硬化検査（￥3,300）	□	甲状腺機能（￥3,850）
□		□	

※ご予約確定次第、オプション検査等に関する詳細パンフレットをご郵送させていただきます。

◎上記FAX申込書が届き次第、申込者様に電話連絡させていただき、人間ドックに関するご案内、受診日の調整等詳細事項についてご説明をさせていただきます。

東京共済病院　健康医学センター　宛

直通FAX番号：**03-3712-3974**