

【 健康診断申し込みFAX用紙 】

医療法人社団 新町クリニック宛 FAX:0428-31-1777

*健保組合、各団体、代行機関での制度をご利用なさる方は、契約内容に準じてお申し込みください。

健診コース (下記該当コース <input type="checkbox"/> にレ点をご記入ください)			
<input type="checkbox"/> 雇入れ健康診断	<input type="checkbox"/> 定期健診	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診	<input type="checkbox"/> 左記以外の健診
* 指定項目がある場合はこちらの用紙と一緒にFAXしてください			

各種オプション検査 (ご希望のオプション検査があれば下記 <input type="checkbox"/> にレ点をご記入ください)			
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	5,500	<input type="checkbox"/> 肺がん検査(喀痰細胞診)	3,000
<input type="checkbox"/> 乳がん検診(視触診及びマンモグラフィ又は乳腺エコー)	6,600	<input type="checkbox"/> 骨密度検査(X線による検査)	2,000
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診(頸部細胞診・内診・超音波)	6,000	<input type="checkbox"/> ABC検診(ピロリ抗体+ペプシノーゲンの胃がんリスク検査)	4,500
<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査(血液による抗体検査)	2,000	<input type="checkbox"/> 甲状腺検査(TSH・FT3・FT4)	4,900
<input type="checkbox"/> CEA(大腸がん・肺がんの腫瘍マーカー検査)	1,500	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI)リスク検査	20,000
<input type="checkbox"/> CA19-9(膵がん・胆嚢がん・胆管がんの腫瘍マーカー検査)	1,900	<input type="checkbox"/> 脳梗塞・心筋梗塞のリスク検査(ロックスインデックス)	18,000
<input type="checkbox"/> AFP(肝がんの腫瘍マーカー検査)	1,500	<input type="checkbox"/> アルコール体質検査(パソコン・スマートフォンから結果確認)	6,000
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー3点セット(CEA・AFP・CA19-9のセット)	4,900	<input type="checkbox"/> アルコール体質検査(紙結果確認)	7,500
<input type="checkbox"/> PSA(前立腺がんの腫瘍マーカー検査)	1,700	アミノインデックス	
<input type="checkbox"/> アレルギー39検査セット(39種類のアレルギー検査)	15,000	<input type="checkbox"/> (胃・肺・大腸、膵臓・前立腺(男性)・乳子宮(女性)のがん及び糖尿病のリスク検査)	23,000

*単価は税抜き価格となっています。

*アルコール体質検査:アルコールを分解する代謝酵素の遺伝子タイプを調べる検査です。自らの体質を理解しアルコール依存症、アルコール中毒、咽頭がん、食道がん、肝臓疾患への危険性を認識し、適度な飲酒を心がけることで疾病予防に貢献します。結果閲覧方法によって料金が異なります。

*アレルギー検査セットの項目: 樹木(スギ、ヒノキ、ハンノキ、シラカンバ)、草本類(カモガヤ、オアワガエリ、ブタクサ、ヨモギ)、室内塵(ヤケヒョウダニ、ハウスダスト)、動物(ネコ、イヌ)、昆虫(カ、ゴキブリ)、卵(卵白、オホムコイト)、牛乳(ミルク)、小麦(小麦)、豆・穀・種実類(ピーナツ、大豆、ソバ、ゴマ、米)、甲殻類(エビ、カニ)、果物(キウイ、リンゴ、バナナ)、魚・肉類(マグロ、サケ、サバ、牛肉、鶏肉、豚肉)、空中真菌(アルテルナリア(スカビ)、アスペルギルス(コウジカビ))、真菌その他(カンジダ、マラセチア、ラテックス)

健康診断ご希望日 (第3希望までご記入ください 日曜祝日及び土曜日の午後は休館日となっております)	
第1希望日	月 日 ()
第2希望日	月 日 ()
第3希望日	月 日 ()

受診者様情報 (下記ご記入ください 保険証情報は保険証を確認頂き記号 番号もご記入ください)	
氏名	
フリガナ	
生年月日	西暦 年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
郵便番号	〒 -
住所	
電話番号(ご自宅)	- -
電話番号(携帯)	- -
保険証情報 (保険証をご確認の上 ご記入ください)	
保険者名(組合名):	保険者番号:
記号:	番号: 続柄(被保険者・被扶養者等):

備考欄	(別途お問い合わせ等ございましたら下記にご記入ください)