

【 人間ドック申し込み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	人間ドック (下記 □ にレ点をご記入ください)
胃部検査	<input type="checkbox"/> バリウム検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査(口腔) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査(鼻腔)

各種オプション検査 (価格は税抜き価格となっています。ご希望のオプション検査があれば下記 □ にレ点をご記入ください)			
<input type="checkbox"/> 脳ドック(頸部超音波・MRI・MRA)	38,000	<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"/> 子宮がん検診(頸部細胞診・内診・超音波)	6,000	<input type="checkbox"/> 骨密度検査(X線による検査)	2,000
<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査(血液による抗体検査)	2,000	<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"/> 甲状腺検査(TSH・FT3・FT4)	4,900	<input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI)リスク検査	20,000
<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"/> AFP(肝がんの腫瘍マーカー検査)	1,500
<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"/> 腫瘍マーカー3点セット(CEA・AFP・CA19-9のセット)	4,900
<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"/> 肺がん検査(喀痰細胞診)	3,000
<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"/> 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"/> アルコール体質検査(紙結果確認)	7,500	アミノインデックス <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、咽喉がん、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、シラカバ)、草本類(カモガヤ、オオアワガエリ、ブタクサ、ヨモギ)、室内塵(ヤケヒョウヒダニ、ハウスダスト)、動物(ネコ、イヌ)、昆虫(カ、ゴキブリ)、卵(卵白、オボムコイト)、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)

*PSA(前立腺がんの腫瘍マーカー検査)は男性のドック基本項目に含まれます。

健康診断ご希望日 (第3希望までご記入ください 日曜祝日は休館日となります)	
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)	
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:	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)