

健康診断キャンペーン申込書

申込日 年 月 日

* 実施期間 2021年1月～5月

* 申込先 医療法人社団 新町クリニック 予約担当

(FAX : 0428-31-1777

E-Mail : yoyaku@shinmachi-cl.com)

事業所名

所在地 (結果等郵送先) 〒

ご担当者名 電話 — —
FAX — —

受診者名簿 (下記に受診予定者と受診希望日をご記入下さい、来院時間をこちらよりご連絡申し上げます。)

- オプション検査を希望する場合は、オプション欄の該当する項目に○を付してください。
- 受診人数が多い場合は、コピーしてお使い願います。(当クリニックホームページよりダウンロードも可能です)
- 「FAX」「郵送」「窓口申し込み」のいずれかで申し込み願います。

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	オプション(○をつける)	受診希望日	
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	便・胃XP・骨密度 PSA・CA19-9・AFP・CEA 体脂肪・眼底・眼圧・ABC検診	第1	月 日 午前・午後
				第2	月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	便・胃XP・骨密度 PSA・CA19-9・AFP・CEA 体脂肪・眼底・眼圧・ABC検診	第1	月 日 午前・午後
				第2	月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	便・胃XP・骨密度 PSA・CA19-9・AFP・CEA 体脂肪・眼底・眼圧・ABC検診	第1	月 日 午前・午後
				第2	月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	胃XP・骨密度 PSA・CA19-9・AFP・CEA 体脂肪・眼底・眼圧・ABC検診	第1	月 日 午前・午後
				第2	月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	便・胃XP・骨密度 PSA・CA19-9・AFP・CEA 体脂肪・眼底・眼圧・ABC検診	第1	月 日 午前・午後
				第2	月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	便・胃XP・骨密度 PSA・CA19-9・AFP・CEA 体脂肪・眼底・眼圧・ABC検診	第1	月 日 午前・午後
				第2	月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	便・胃XP・骨密度 PSA・CA19-9・AFP・CEA 体脂肪・眼底・眼圧・ABC検診	第1	月 日 午前・午後
				第2	月 日 午前・午後
	昭和・平成 ・	男 ・ 女	便・胃XP・骨密度 PSA・CA19-9・AFP・CEA 体脂肪・眼底・眼圧・ABC検診	第1	月 日 午前・午後
				第2	月 日 午前・午後

通信欄：

健康診断キャンペーン詳細

◎検査項目 定期健康診断 ￥7,500.- (税抜) 【通常価格 ￥10,800.- (税抜)】

診察	医師による問診・診察
身体計測	身長・体重・BMI・視力・腹囲・血圧
聴力	オーディオメータ (1,000Hz・4,000Hz)
呼吸器系検査	胸部レントゲン (直接撮影)
尿検査	糖・蛋白
心電図	安静時12誘導
貧血検査	白血球数・赤血球数・血色素量・ヘマトクリット・血小板数・MCV・MCH・MCHC
肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP
脂質検査	LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪
血糖検査	HbA1c・空腹時血糖

◎オプション検査

(税抜)

大腸がん	① 便潜血検査 (2回法)	2,000円
消化器系	② 胃部レントゲン (直接撮影)	13,500円
骨粗鬆症	③ レントゲンをを用いた骨粗鬆症検査	2,000円
前立腺がん	④ 血液によりPSA値を検査する前立腺がん検査	1,700円
膵がん・胆嚢がん	⑤ 血液によりCA19-9値を検査する膵臓がん・胆嚢がん検査	1,900円
肝臓がん	⑥ 血液によりAFP値を検査する肝臓がん検査	1,500円
大腸がん	⑦ 血液によりCEA値を検査する大腸がん検査	1,500円
体脂肪測定	⑧ 体脂肪率の測定	500円
眼底検査	⑨ 眼底検査 (両眼)	2,300円
眼圧検査	⑩ 眼圧検査	500円
胃がん	⑪ 胃のABC検診 (ピロリ抗体検査+ペプシノゲン検査) ABC検診とは、ピロリ菌感染の有無と胃粘膜萎縮度を調べその結果をA・B・C・D群に分類し、胃がんのリスクを調べる血液の検査です	4,500円

※その他のオプション検査も可能な限り承ります。申込書の通信欄等にご記入ください。

検査内容によりご要望にお応えできない場合もございますのでご了承ください。

※企業様指定用紙に結果を転記する場合は お一人様当たり別途￥1,500 (税抜) 発生します。

* 本年より、結果お渡し方法は原則 「貴社へ郵送」、お支払いは原則「請求書発行(振込)」とさせていただきますのでご了承ください。(オプション健診も含む)

医療法人社団
新町クリニック

TEL: 0428-31-5312

FAX: 0428-31-1777

E-Mail: yoyaku@shinmachi-cl.com