

受診年月日： 年 月 日 ( )

保険証番号： 記号 番号 本人・家族

生年月日： 昭和 年 月 日 ( 才 )

事業所名

フリガナ  
氏名 男・女

日中の連絡先

書類・結果送付先 ※必ずご記入ください(勤務先の場合は部署名もご記入ください)  
〒

《メモ》

★人間ドック 希望されるコース及びオプションに☑をお願いします

 基本コース

※料金についてはお問合せください

★オプション検査【税込価格】 **資料発送後及び当日のオプション検査の追加はお受けできません**

<input type="checkbox"/> 頚動脈超音波	¥2,933	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査セット (医師子宮細胞診検査 + HPV検査)	¥6,233	<input type="checkbox"/> NT-proBNP	¥1,049	
<input type="checkbox"/> 乳房超音波	¥3,351		<input type="checkbox"/> PSA(前立腺)	¥1,670	<input type="checkbox"/> 抗CCP抗体	¥1,670
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー ※1	¥4,320		<input type="checkbox"/> ピロリ・ペプシノゲン	¥3,768	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能	¥3,351
<input type="checkbox"/> 子宮細胞診検査【自己採取法】	¥1,568	<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診	¥1,843	<input type="checkbox"/> CA19-9(膵臓)	¥1,670	
<input type="checkbox"/> 子宮細胞診検査【医師採取法】	¥3,463			<input type="checkbox"/> B型・C型肝炎検査	¥3,100	
<input type="checkbox"/> 胃内視鏡	¥6,000					

※1 提携医療機関での実施になります

消費税改正時は新消費税額相当が適用され、上記オプション料金変更となります。

## 【胃内視鏡 実施日】

毎週水曜日・金曜日 午前

## 【医師子宮細胞診 実施日】

毎週木曜日 午前

## ★受診会場

 (医社)幸楽会 幸楽メディカルクリニック(新宿)  
お電話でご予約後FAXにて送信してください

電話：03-3355-0308

FAX：03-3355-0266

## 【人間ドックの個人情報取り扱いに関する同意書】

## 1.利用目的

人間ドックにより受診者から取得した個人情報は受診者の疾病予防及び健康保持に関する事項(重症化予防・特定保健指導管理事項等)に利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

## 2.第三者への提供

本人の同意がある場合を除き第三者に提供しません。

## 3.外部への委託

当初の利用目的の達成に必要な範囲において、血液検査・X線写真読影及びデータ処理業務の一部を外部に委託しています。

## 4.健診結果について重症化予防のため、事業者へ通知する場合もあります。

## 5.開示・訂正・利用停止・削除等

これらの問い合わせ先は、医療法人社団 幸楽会 幸楽メディカルクリニック・個人情報保護管理者・苦情相談担当窓口です。  
(〒160-0022 東京都新宿区新宿1-8-11 新宿すこやかプラザ TEL03-3355-0282/FAX03-3355-0266)

以上の事項を了承して同意します。

年 月 日 受診者氏名

印