

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 ￥43,000

★希望されるオプションに☑をお願いします

★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"/>	頰動脈超音波	¥4,000	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検査セット	¥6,330	<input type="checkbox"/>	NT-proBNP	¥2,618
<input type="checkbox"/>	乳房超音波	¥3,272	<input type="checkbox"/>	(医師子宮細胞診検査 + HPV検査)		<input type="checkbox"/>	抗CCP抗体	¥3,150
<input type="checkbox"/>	マンモグラフィー ※1	¥5,500	<input type="checkbox"/>	PSA(前立腺)	¥2,477	<input type="checkbox"/>	甲状腺機能	¥4,525
<input type="checkbox"/>	子宮細胞診検査【医師採取法】	¥3,520	<input type="checkbox"/>	ピロリ・ペプシノゲン	¥4,347	<input type="checkbox"/>	B型・C型肝炎	¥3,122
<input type="checkbox"/>	胃内視鏡	¥6,000				<input type="checkbox"/>	喀痰細胞診	¥3,122

※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

☐ (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 F A X にて送信してください

電話: 03-3355-0308

FAX: 03-3355-0266