健　康　診　断　F　A　X　申　込　書

医療法人社団 明樟会
あおぞら健診・内科クリニック

1）お名前等の情報をご記入ください。

当院を受診されたことがありますか？	□ ある（健診）　□ ある（保険診療）　□ない			クリニック記入欄	ID
ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	男性 ・ 女性		
お名前		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		

※当クリニックを受診されたことのある方で住所の変更のない場合は、電話・FAX番号のみご記入ください。

住所	〒		
☎番号		FAX番号	

2）ご希望の受診コースに〇をつけてください。

＜健診コース＞

	定期健診A （血液検査は含まれません）	7,500円
	定期健診B（法定項目）	9,200円
	雇入れ時健康診断	9,200円

	生活習慣病健診A	23,000円
	生活習慣病健診B	31,100円
	人間ドック	42,600円
	バリウム検査を胃カメラに変更	3,500円
	胃カメラ検査方法	□ 経口検査 □ 経鼻検査 □ 経口検査(鎮静剤使用) ＋1,700円

＜公的補助制度を利用した健検診＞

	①特定健康診査（自己負担金は受診券でご確認ください）	
	②広島市胃がん検診(バリウム検査)	2,200円
	③広島市胃がん検診(胃カメラ)	3,300円
	胃カメラ検査方法	□ 経口検査　□ 経鼻検査
	④広島市肺がん検診	400円
	⑤広島市大腸がん検診	400円
	⑥広島市乳がん検診	1,600円
	＋ 乳腺超音波検査	3,300円
	オプションセットA	1,400円

＜オプション検査＞

	【腫瘍マーカー】CEA（消化管）	各 2,200円
	【腫瘍マーカー】CA19-9（消化管）	
	【腫瘍マーカー】エラスターゼⅠ（膵）	
	【腫瘍マーカー】AFP（肝）	
	【腫瘍マーカー】SCC抗原（子宮・肺）	
	【腫瘍マーカー】PSA（前立腺）	
	【腫瘍マーカー】CA125（卵巣）	
	甲状腺ホルモン検査	4,600円
	甲状腺超音波検査	4,000円
	甲状腺超音波・ホルモン検査セット	6,600円
	乳腺超音波（視触診込み）	4,000円
	マンモグラフィ（視触診込み）	7,700円
	乳腺超音波+ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ（視触診込み）	10,490円
	女性ホルモン検査	5,800円
	直腸診・肛門鏡検査	2,200円
	NT-ProBNP	2,200円
	頸動脈超音波検査	4,000円
	腹部超音波（５臓器）	5,800円
	HBs抗原検査	1,200円
	HCV抗体検査	1,700円
	血液型（ABO、Rh）	1,200円
	ピロリ菌抗体検査（血清）	1,700円
	胃がんリスク層別化検査	4,600円
	骨量測定	1,980円

3）その他連絡事項があればご記入ください。

4）希望日時をご記入ください。

第一希望	月　　日　（　　）
第二希望	月　　日　（　　）
第三希望	月　　日　（　　）

＜FAX返送先＞
(082)
247-3180

FAX送信後3日以内に連絡がない場合は、恐れ入りますがお電話にてお問合せください。
☎（082）246-1005

クリニック記入欄	/　（　　）　：		
	登録	チェック	送付