

# 健康診断 FAX 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？	<input type="checkbox"/> ある（健診）	<input type="checkbox"/> ある（保険診療）	<input type="checkbox"/> ない	クリニック 記入欄	ID
フリガナ				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○をつけてください。

<健診コース>

定期健診A（法定項目・省略あり）	7,020円
定期健診B（法定項目・省略なし）	8,640円
雇入れ時健康診断	8,640円

生活習慣病健診A	21,600円
生活習慣病健診B	29,160円
人間ドック	39,960円
バリウム検査を胃カメラに変更	3,240円
胃カメラ 検査方法	<input type="checkbox"/> 経口検査 <input type="checkbox"/> 経鼻検査 <input type="checkbox"/> 経口検査(鎮静剤使用)

<公的補助制度を利用した健診>

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	<input type="checkbox"/> 経口検査 <input type="checkbox"/> 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	3,000円
オプションセットA	1,080円

<オプション検査>

【腫瘍マーカー】CEA（消化管）	各 2,160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	4,320円
甲状腺超音波検査	3,780円
甲状腺超音波・ホルモン検査セット	6,480円
乳腺超音波（視触診込み）	3,780円
マンモグラフィ（視触診込み）	7,210円
乳腺超音波+マンモグラフィ（視触診込み）	10,300円
女性ホルモン検査	5,400円
直腸診・肛門鏡検査	2,160円
NT-ProBNP	2,160円
頸動脈超音波検査	3,780円
腹部超音波（5臓器）	5,400円
HBs抗原検査	1,080円
HCV抗体検査	1,620円
血液型（ABO、Rh）	1,080円
ピロリ菌抗体検査（血清）	1,620円
ABC検診(胃がんハイリスク検診)	4,320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