

【 人間ドック申し込みFAX用紙 】

医療法人社団 新町クリニック宛 FAX:0428-31-1777

*健保組合、各団体、代行機関での制度をご利用なさる方は、契約内容に準じてお申し込みください。

| 健診コース | 人間ドック（下記 <input type="checkbox"/> にレ点をご記入ください） |
|-------|---|
| 胃部検査 | <input type="checkbox"/> バリウム検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査(口腔) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査(鼻腔) |

| 各種オプション検査（価格は税抜き価格となっています。ご希望のオプション検査があれば下記 <input type="checkbox"/> にレ点をご記入ください） | | | |
|---|--------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 脳ドック(頸部超音波・MRI・MRA) | 38,000 | <input type="checkbox"/> 乳がん検診(視触診及びマンモグラフィー又は乳腺エコー) | 6,600 |
| <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(頸部細胞診・内診・超音波) | 6,000 | <input type="checkbox"/> 骨密度検査(超音波による検査) | 1,500 |
| <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査(血液による抗体検査) | 2,000 | <input type="checkbox"/> ABC検診(ピロリ抗体+ペプシノーゲンの胃がんリスク検査) | 4,500 |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺検査(TSH・FT3・FT4) | 4,900 | <input type="checkbox"/> 軽度認知障害(MCI)リスク検査 | 20,000 |
| <input type="checkbox"/> CEA(大腸がん・肺がんの腫瘍マーカー検査) | 1,500 | <input type="checkbox"/> AFP(肝がんの腫瘍マーカー検査) | 1,500 |
| <input type="checkbox"/> CA19-9(膵がん・胆嚢がん・胆管がんの腫瘍マーカー検査) | 1,900 | <input type="checkbox"/> PSA(前立腺がんの腫瘍マーカー検査) | 1,700 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞・心筋梗塞のリスク検査(ロックスインデックス) | 18,000 | <input type="checkbox"/> 肺がん検査(喀痰細胞診) | 3,000 |
| <input type="checkbox"/> アルコール体質検査(パソコン・スマートフォンから結果確認) | 6,000 | <input type="checkbox"/> 髪の毛体質検査(男性のみ/パソコン・スマートフォンから結果確認) | 18,000 |
| <input type="checkbox"/> アルコール体質検査(紙結果確認) | 7,500 | <input type="checkbox"/> 髪の毛体質検査(男性のみ/紙結果確認) | 19,500 |

*単価は税抜き価格となっています。

*アルコール体質検査: アルコールを分解する代謝酵素の遺伝子タイプを調べる検査です。自らの体質を理解しアルコール依存症、アルコール中毒、咽頭がん、食道がん、肝臓疾患への危険性を認識し、適度な飲酒を心がけることで疾病予防に貢献します。結果閲覧方法によって料金が異なります。

*髪の毛体質検査: 男性型脱毛症のなりやすさと男性型脱毛症の治療薬の効きやすさがわかる検査です。結果閲覧方法によって料金が異なります。

| 健康診断ご希望日（第3希望までご記入ください 日曜祝日は休館日となります） | |
|---------------------------------------|------------------------|
| 第1希望日 | 月 日 () |
| 第2希望日 | 月 日 () |
| 第3希望日 | 月 日 () |

| 受診者様情報（下記ご記入ください） | |
|--------------------------|---|
| 氏名 | |
| フリガナ | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 郵便番号 | 〒 - |
| 住所 | |
| 電話番号(ご自宅) | - - |
| 電話番号(携帯) | - - |
| 保険証情報（保険証をご確認の上 ご記入ください） | |
| 保険者名(組合名): | 保険者番号: |
| 記号: | 番号: |
| | 続柄(被保険者・被扶養者等): |

| 備考欄（別途お問い合わせ等ございましたら下記にご記入ください） | |
|---------------------------------|--|
| | |