

## 人間ドック申込書(2024\_01)

申込日: 令和 年 月 日

会社名または所属名							
住所	〒						
氏名					性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	年齢	歳	
電話番号				FAX番号			
※請求書、健診キット、健診結果の送付先が上記と異なる場合は以下にご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 健診キット <input type="checkbox"/> 結果							
会社名または所属名							
住所	〒						
氏名							
電話番号				FAX番号			
※ご希望のコース、オプション検査を選択(口にし点)してください。							
コースNo.	コース	標準項目	大腸カメラ (※別日)	頭部CT	頭部MRI	料金(税込)	
1	<input type="checkbox"/> 人間ドックAコース(胃バリウム検査)	○				¥39,600	
2	<input type="checkbox"/> 人間ドックAコース(胃カメラ検査)	○				¥46,800	
3	<input type="checkbox"/> 人間ドックAコース(胃検査なし)	○				¥21,300	
4	<input type="checkbox"/> 人間ドックBコース(胃バリウム検査)	○	○			¥64,600	
5	<input type="checkbox"/> 人間ドックBコース(胃カメラ検査)	○	○			¥71,800	
6	<input type="checkbox"/> 人間ドックBコース(胃検査なし)	○	○			¥46,300	
7	<input type="checkbox"/> 人間ドックCコース(胃バリウム検査)	○	○	○		¥80,600	
8	<input type="checkbox"/> 人間ドックCコース(胃カメラ検査)	○	○	○		¥87,800	
9	<input type="checkbox"/> 人間ドックCコース(胃検査なし)	○	○	○		¥62,300	
10	<input type="checkbox"/> 人間ドックDコース(胃バリウム検査)	○	○		○	¥87,600	
11	<input type="checkbox"/> 人間ドックDコース(胃カメラ検査)	○	○		○	¥94,800	
12	<input type="checkbox"/> 人間ドックDコース(胃検査なし)	○	○		○	¥69,300	
※標準項目の検査内容については、当院ホームページの「人間ドックの検査項目」を参照してください							
※胃カメラ検査をご希望の場合、選択してください			<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻				
オプション検査(料金(税込))							
<input type="checkbox"/> 頭部MRI	¥23,000	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	¥4,600				
<input type="checkbox"/> 頭部CT	¥16,000	<input type="checkbox"/> アトピー鑑別(ハウスダスト、スギ、ブタクサ)	¥6,100				
<input type="checkbox"/> 胸部腹部CT	¥16,000	<input type="checkbox"/> ビロリ菌感染(血液法)	¥1,000				
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(消化器)	¥5,500	<input type="checkbox"/> 骨密度測定	¥2,700				
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(肺がん)	¥5,500	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	¥7,200				
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(肝臓がん)	¥5,500	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波	¥5,700				
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(乳がん)	¥5,000	<input type="checkbox"/> HCVジェノタイプ(C型肝炎検査)	¥7,300				
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(前立腺がん)	¥5,000	<input type="checkbox"/> HIV(エイズ検査)	¥4,200				
<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査	¥7,900	<input type="checkbox"/> セデーション(胃カメラ・経口のみ選択可)	¥3,900				
希望日		希望日(大腸カメラ) (翌週以降の火曜、木曜)		お支払方法		備考	
第1希望	月 日	月 日	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払				
第2希望	月 日	月 日	<input type="checkbox"/> 後日会社請求				

- ①希望日を記載の際は、申込日から2週間以降の日付をお願い致します。  
②希望日は、**火曜、木曜、金曜**からご指定ください。  
胃カメラ(経口・セデーション)、胃カメラ(経鼻)をご希望の場合は、**火曜、木曜**からご指定ください  
なお、予約状況により、希望日どおりの予約がお取りできない場合もありますので、予めご了承ください。  
注意 ③当日は、朝食を抜いて**8時40分**までにご来院下さい。  
事項 ④ご予約頂いておりますが、他の患者様もいらつしやいますのでお待ち頂く事がありますがご了承下さい。  
⑤希望日の変更・キャンセル等は必ずお電話下さいようお願い致します。  
※大腸カメラ検査をご希望の方  
①大腸カメラの希望日は、標準項目希望日の**翌週以降の火曜、木曜**からご指定ください。  
標準項目受診日に、大腸カメラ受診時の注意事項、来院して頂く時間をご説明致します。

医療法人社団 星風会 井上クリニック 医事課 健診担当  
☎ 03-3850-5771(代) HP <https://www.inouehsp.or.jp/>  
Fax 03-3850-5822 e-mail [kenshin@inouehsp.or.jp](mailto:kenshin@inouehsp.or.jp)