

森消化器内科外科 行 F A X : 0225-23-2895 人間ドック検診 予約申込書

氏名 (フリガナ)
(漢字)

性別 男 ・ 女

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒

電話番号 (携帯・自宅)

電子メールまたは F A X

希望コース (□に✓してください)

基本検査

- 男性 () 名 料金 1 名 40,000円 (税込)
 女性 () 名 42,000円 (税込)

オプション検査 (上記に+追加希望)

- 肺がんCT検診 (低線量・胸部単純CT検査) 5,400円 (税込)
 大腸CT検診 (前処置薬・検査食代込) 21,600円 (税込)
 前立腺がん検査 (PSA検査) 1,400円 (税込)
 ピロリ菌抗体検査 (尿素呼気試験法) 8,000円 (税込)

単独検診のみ

- 肺がんCT検診 (低線量・胸部単純CT検査) 5,400円 (税込)
 大腸CT検診 (前処置薬・検査食代込) 21,600円 (税込)

検査希望日 検査時間は追ってご連絡させていただきます。

第1希望日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
第2希望日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
第3希望日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診察券番号

当院の診察券をお持ちの方はご記入ください。ID _____。

受診理由やご要望 (よろしければご記入ください)