

FAX 人間ドック申込書 FAX: 06-6775-3121

フリガナ【必須】			性別【必須】		
お名前【必須】	姓	名	男	女	
生年月日【必須】	大・昭・平・令		年	月	日 生まれ
ご住所【必須】	〒 -				
電話番号【必須】	-		ご職業		
当施設を受診したことが	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	診察券番号		

↓契約健診の方、または健保組合に加入の方は必ずご記入ください。 ↑過去に大阪警察病院を受診し診察券をお持ちの方はご記入下さい。

健康保険組合名・会社名 ()健康保険組合 会社又は事業所名 ()

上記以外の連絡先 本人・勤務先・代理人 (電話番号:) お名前: ()

連絡希望時間帯(あれば) (必ずしもご希望に沿えないことがあります。予めご了承ください。)

↓ご希望のコース・オプションの□部分にチェックをつけて下さい。 ↓◎AM・PM実施 ○AM実施 ●PM実施 △日によって実施可 ×実施していません

コース【必須】	料金	月	火	水	木	金	土	【必須】胃検査選択→ (脳・大腸ドック以外)	□胃透視検査 □胃内視鏡検査(追加料金¥7,700)	
<input type="checkbox"/> 日帰りコース	¥49,830	◎	◎	◎	◎	◎	○			
<input type="checkbox"/> レディースコース	¥56,540	○	○	○	○	◎	○	希望される健診日(宿泊希望の場合は1日目)をご記入下さい。【必須】		
<input type="checkbox"/> 1泊2日コース	¥79,640	●	●	●	●	●	×	第一希望	令和	年 月 日 () 曜
<input type="checkbox"/> 2泊3日コース	¥94,270	○	○	○	×	×	×	第二希望	令和	年 月 日 () 曜
<input type="checkbox"/> 2泊3日フルコース	男性 ¥234,300 女性 ¥247,500	○	○	○	×	×	×			
<input type="checkbox"/> 脳ドック	¥59,730	×	◎	×	◎	◎	×			
<input type="checkbox"/> 大腸ドック	¥73,370	○	○	○	○	○	×	□エグゼクティブルーム 使用希望あり □大 ¥7,700 □小 ¥5,500		

オプション検査	料金	月	火	水	木	金	土	オプション検査	料金	月	火	水	木	金	土
<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査(宿泊コースのみ) ※大腸ドックには含む	¥26,180	○	○	○	○	○	×	<input type="checkbox"/> 頭部MRI/MRA検査 ※脳ドックには含む	¥33,550	◎	◎	◎	◎	◎	○
<input type="checkbox"/> 鎮静剤(大腸内視鏡検査用) (大腸内視鏡検査実施時のみ)	¥7,700	◎	◎	◎	◎	◎	×	<input type="checkbox"/> 頭部MRI検査	¥23,100	◎	◎	◎	◎	◎	○
<input type="checkbox"/> 鎮静剤(胃内視鏡検査用) (胃内視鏡検査実施時のみ)	¥7,700	◎	◎	◎	◎	◎	×	<input type="checkbox"/> 頭部MRI・MRA結果説明	¥10,450	×	●	×	●	●	×
<input type="checkbox"/> 便ピロリ菌検査	¥3,190	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(頸動脈エコー+血圧脈波) ※脳ドックには含む	¥10,560	◎	◎	◎	◎	◎	△
<input type="checkbox"/> 血液ピロリ菌検査	¥1,980	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 心臓エコー検査	¥11,550	◎	◎	◎	◎	◎	△
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーAFP・CEA・CA19-9 ※宿泊コースには含む	¥5,720	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> BNP検査	¥2,640	◎	◎	◎	◎	◎	○
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー エラスターゼ	¥2,640	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 胸部CT検査	¥15,730	◎	◎	◎	◎	◎	○
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー NSE	¥2,090	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診検査	¥3,190	◎	◎	◎	◎	◎	○
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー SCC	¥2,090	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診(子宮頸管細胞診+経膈 エコー+内診)※レディースコースには含む	¥5,060	○	○	○	○	◎	○
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー シフラ	¥2,640	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ) ※レディースコースには含む	¥5,060	○	○	○	○	◎	○
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー Pro-GRP	¥2,640	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(乳腺エコー)	¥5,060	○	○	○	○	◎	○
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーPSA(男性のみ) ※宿泊コースには含む	¥2,640	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィ+乳腺エコー)	¥8,690	○	○	○	○	◎	○
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーCA125(女性のみ) ※レディースコース・宿泊コースには含む	¥2,640	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> HPV検査(女性のみ)	¥5,060	○	○	○	○	◎	○
<input type="checkbox"/> アレルギー呼吸セット検査	¥4,730	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 血清鉄検査	¥1,980	◎	◎	◎	◎	◎	○
<input type="checkbox"/> アレルギー食物セット検査	¥4,730	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	¥4,400	◎	◎	◎	◎	◎	○
<input type="checkbox"/> アレルギースクリーニングセット検査	¥4,730	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 女性更年期検査	¥6,270	◎	◎	◎	◎	◎	○
<input type="checkbox"/> アレルギーMAST検査 (36項目のアレルゲン)	¥14,300	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> 男性更年期検査	¥6,270	◎	◎	◎	◎	◎	○
<input type="checkbox"/> 甲状腺セット検査	¥10,450	◎	◎	◎	◎	◎	△	<input type="checkbox"/> SAS(睡眠時無呼吸症候群)検査 (宿泊コースのみ)	¥7,370	○	○	○	○	○	×
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT検査	¥5,280	◎	◎	◎	◎	◎	○	<input type="checkbox"/> HIV検査	¥2,200	◎	◎	◎	◎	◎	○

※この申し込みは仮予約です。FAX送信後2日以内(日・祝含まず)に連絡がない場合は、当ドックにご連絡下さい。



〒543-0031 大阪市天王寺区石ヶ辻町15番15号 上六メディカルビル
TEL.06-6775-3131 FAX.06-6775-3121