

まつなみ健康増進クリニック
人間ドック受診申込書

フリガナ _____

氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 性別 男・女

〒 _____

住所 _____ 勤務先名 _____

TEL < _____ > -
FAX < _____ > -

TEL < _____ > -
FAX < _____ > -

日付決定の連絡先 自宅・会社・携帯 < _____ > -

希望コース	半日コース [月～土] ()	1日コース [月～金] ()	特急コース [月～金] ()	1泊コース [月・水・金] ()	脳ドック [水] ()
-------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------

胃部検査 胃バリウム検査 () ・ 胃カメラ検査 ()

※半日・1日コースは胃カメラ選択時に別途¥4,000がかかります。

受診希望日 第1 月 日 () ・ 第2 月 日 () ・ 第3 月 日 ()

半日コース			1日コース			特急・1泊コース		
○を	検査項目	料金	○を	検査項目	料金	○を	検査項目	料金
	腫瘍マーカー (A)	6,000		子宮頸癌 (B)	3,000		前立腺[エコー] (E)	3,000
	子宮頸癌 (B)	3,000		前立腺[エコー] (E)	3,000		肺癌[喀痰] (G)	3,000
	前立腺[エコー] (E)	3,000		〃 [PSA]	2,000		脳MRI [CT変更]	3,000
	〃 [PSA]	2,000		肺癌[CT] (F)	15,000			
	肺癌[CT] (F)	15,000		〃 [喀痰] (G)	3,000			
	〃 [喀痰] (G)	3,000		動脈硬化	3,500			
	動脈硬化	3,500		貧血検査	1,000			
	貧血検査	1,000						
	腹CT検査	15,000						

全コース			脳ドック以外のコース					
○を	検査項目	料金	○を	検査項目	料金	○を	検査項目	料金
	膠原病検査	2,000		子宮内膜癌 (C)	3,000		頭部MRI (A)	17,000
	心臓病検査	9,000		乳癌 (D)	3,000		頭部MRA (B)	17,000
	HIV検査	2,500		大腸カメラ [別日]	20,000		頭部MRI+MRA (C)	28,000
	便びり菌検査	2,000		ABI血管年齢	3,000			
	低線量肺CT	9,000		アミノテックス(AIRS)	24,000			
	エクオール	4,000		MAST48 mix	15,000			

【料金は税抜価格表示です。】

ご質問などがございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

お電話でのご予約もお受け致します。 < 受付時間 平日 9:00～16:30、土曜 9:00～11:30 >

〒501-6061 岐阜県羽島郡笠松町泉町10
まつなみ健康増進クリニック 人間ドック予約係
TEL 058-387-2128
FAX 058-387-8578