

がんドックコース 申込書

Fax : 0 8 9 - 9 9 9 - 1 1 9 5

(1) コースの料金 (税込)

基本項目	基本料金	10%割引	20%割引	30%割引
PET-CT 検査・上下腹部 MRI 検査 血液検査・尿検査・便潜血検査	134,200 円	120,780 円	107,360 円	93,940 円

(2) 割引 (併用可) 割引は基本料金に適用されます。追加項目には適用されません。

初 回 割 引	10%	当院のがん検診を初めて受診される場合
リピーター割引	10%	前回の受診日から 2 年以内にお申し込みされる場合
家 族 割 引	10%	ご家族で同時にお申し込みされる場合 (コース、受診日は別々でも可) ご家族の氏名 ()
企 業 割 引	10%	当院との契約を交わした企業の社員 企業名 ()

(3) 追加項目の選択 希望の項目に○印を入れてください。

○印	項 目	料金(税込)	○印	項 目	料金(税込)
	① 胃がんリスク層別化検査	4,400 円		④ 骨密度検査	4,950 円
	② 上部消化管内視鏡検査	15,400 円		⑤ 内臓脂肪量測定	2,200 円
	③ マンモグラフィ(女性のみ)	5,500 円		⑥ 当日結果説明	5,500 円

※喀痰細胞診は新たな受付を終了しました。

参考) 過去のコースと比較し、下記の () 内の項目が基本項目から追加項目になっています。
必要に応じて選択してください。

・ 2023 年度 男性コース (① ⑤ ⑥) ・ 2023 年度 女性コース (① ③ ⑤ ⑥)

(4) 受診希望日 木曜、土曜の午前の受診になります。内視鏡検査は第 2・4 土曜のみです(変更の場合あり)。() 内は曜日を記入してください。

第 1 希 望	第 2 希 望	第 3 希 望
年 月 日()	年 月 日()	年 月 日()

(5) お申し込み 受診される方の氏名や住所などをご記入ください。

私は、検診の内容を十分理解した上で受診を申し込みます。		申込日 年 月 日	
〒	住所		
フリガナ	性別	生年月日	年 月 日生 () 歳
氏名	男	日中連絡のつく電話番号 () -	
印	女	当院受診歴 無・有 (診察券番号)	

氏名を自署された場合、押印は不要です。性別は該当するものを○で囲んでください。

書類等の送付先に別住所を希望される場合は予約センターにご連絡ください。