人間ドック申込書（2025_01）

申込日：　令和　　年　　月　　日

会社名または所属名			
住　所	〒		
氏　名		性 別	□ 男性　□ 女性
生年月日	□ 昭和　□ 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。　□ 請求書　□ 健診キット　□ 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（□にレ点）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	□ 人間ドックAコース（胃バリウム検査）	○						¥39,600
2	□ 人間ドックAコース（胃カメラ検査）	○						¥46,800
3	□ 人間ドックAコース（胃検査なし）	○						¥21,300
4	□ 人間ドックBコース（胃バリウム検査）	○	○					¥64,600
5	□ 人間ドックBコース（胃カメラ検査）	○	○					¥71,800
6	□ 人間ドックBコース（胃検査なし）	○	○					¥46,300
7	□ 人間ドックCコース（胃バリウム検査）	○	○	○				¥80,600
8	□ 人間ドックCコース（胃カメラ検査）	○	○	○				¥87,800
9	□ 人間ドックCコース（胃検査なし）	○	○	○				¥62,300
10	□ 人間ドックDコース（胃バリウム検査）	○	○		○			¥87,600
11	□ 人間ドックDコース（胃カメラ検査）	○	○		○			¥94,800
12	□ 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　□ 経口　□ 経鼻

オプション検査（料金（税込））			
□ 頭部MRI	¥23,000	□ 頸動脈エコー	¥5,700
□ 頭部CT	¥16,000	□ アトピー鑑別（ハウスダスト、スギ、ブタクサ）	¥6,100
□ 胸腹部CT	¥16,000	□ ピロリ菌感染（血液法）	¥1,000
□ 腫瘍マーカー（消化器）	¥5,500	□ 骨密度測定	¥2,700
□ 腫瘍マーカー（肺がん）	¥5,500	□ マンモグラフィー	¥7,200
□ 腫瘍マーカー（肝臓がん）	¥5,500	□ 乳腺超音波	¥5,700
□ 腫瘍マーカー（乳がん）	¥5,000	□ HCVジェノタイプ（C型肝炎検査）	¥7,300
□ 腫瘍マーカー（前立腺がん）	¥5,000	□ HIV（エイズ検査）	¥4,200
□ 甲状腺ホルモン検査	¥7,900	□ 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	□ 当日窓口支払	
第2希望	月　　日	月　　日	□ 後日会社請求	

注意事項

①希望日を記載の際は、申込日から2週間以降の日付でお願い致します。
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。
③当日は、朝食を抜いて**8時40分**までにご来院下さい。
④ご予約頂いておりますが、他の患者様もいらっしゃ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ます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