

平成 年 月 日

健康診断申込書

このページをプリントアウトし、下記に必要事項を記入の上、大谷クリニックまで郵送またはFAXでお送り下さい。

ご希望の受診コースは、『① 健康診断』の「A～F」内からお選び下さい。

その他、オプションをご希望の方は『② オプション』の「ア～オ」内でお選び下さい。

〒550-0003 大阪市西区京町堀1-9-9 オオタニビル2F・3F

TEL (06) 6441-7001 FAX (06) 6136-3614

大谷クリニック 行

フリガナ		フリガナ						
事業所名		連絡担当者名						
所在地 〒 -								
電 話 ()				FAX ()				
	受診者名	フリガナ	性別	生年月日	受診コース	希 望 オ プ シ ョ ン	受診希望日	
							第一	第二
1			男・女	S H . .			/	/
2			男・女	S H . .			/	/
3			男・女	S H . .			/	/
4			男・女	S H . .			/	/
5			男・女	S H . .			/	/
6			男・女	S H . .			/	/
7			男・女	S H . .			/	/
8			男・女	S H . .			/	/
9			男・女	S H . .			/	/
10			男・女	S H . .			/	/
① 健康診断				② オプション				
A. 半日ドック		Aコース	42,700円	ア. 喀痰細胞診		4,860円		
		Bコース	30,250円	イ. 腫瘍マーカー3種 (CEA・AFP・CA19-9)		5,720円		
B. 生活習慣病診断システム			19,450円	ウ. 腫瘍マーカー検査 CA125		2,400円		
				エ. 腫瘍マーカー検査 PSA		2,400円		
C. 入社前健康診断			8,100円	オ. 子宮ガン検診		4,320円		
				カ. 乳ガン検診		3,600円		
D. 年次定期健康診断			8,100円	キ. 骨密度		3,240円		
				ク. ペプシノーゲン I・II		4,320円		
E. 定期健康診断(心電図と血液検査無し)			3,240円	ケ. 抗ヘリコバクター抗体		2,160円		
				コ. 頸動脈エコー		3,600円		
【 備 考 】								