

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でお送りください。

ご希望の受診コースは、『①健康診断』の「A～F」内からお選びください。

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

〒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 (西暦)	受診 コース	希望 オプション	受診希望日	
							第一	第二
1			男・女	. .				
2			男・女	. .				
3			男・女	. .				
4			男・女	. .				
5			男・女	. .				
6			男・女	. .				
7			男・女	. .				
8			男・女	. .				
9			男・女	. .				
10			男・女	. .				
① 健康診断				② オプション				
A. 半日ドック	Aコース	43,560円	ア. 喀痰細胞診 【肺がん】			4,950円		
B. 半日ドック	Bコース	30,800円	イ. 腫瘍マーカー3種 (CEA、AFP、CA19-9) 【消化器、肝、膵臓がん 他】			5,830円		
C. 生活習慣病診断システム		19,820円	ウ. 腫瘍マーカー CA125 【卵巣がん】			2,450円		
D. 入社前健康診断		8,250円	エ. 腫瘍マーカー PSA 【前立腺がん】			2,450円		
E. 定期健康診断	Aコース	8,250円	オ. 子宮がん検診			4,400円		
			カ. 乳がん検診 (エコー、触診)			3,670円		
F. 定期健康診断	Bコース	3,300円	キ. 骨密度			3,300円		
			ク. ペプシノーゲン I・II			4,400円		
			ケ. 抗ヘリコバクター・ピロリ抗体			2,200円		
			コ. 頸動脈エコー			3,670円		
【備考】								

(価格は税込み表示です)