

# 人間ドック申込書

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日の

人間ドックを申し込みます。

- |                                  |         |
|----------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 基本検査コース | 42,900円 |
| <input type="checkbox"/> 内視鏡     | 0円      |
| <input type="checkbox"/> バリウム    | 0円      |
| <input type="checkbox"/> 麻酔下内視鏡  | 5,500円  |

## 追加ドック

- |                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 循環器ドック | 27,500円 |
| <input type="checkbox"/> 肺がんドック | 16,500円 |

## オプション検査

- |                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査    | 22,000円 |
| <input type="checkbox"/> 麻酔下内視鏡     | 5,500円  |
| <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査     | 5,500円  |
| <input type="checkbox"/> 骨塩検査（男性のみ） | 500円    |
| <input type="checkbox"/> 頭部 MRI・MRA | 27,500円 |
| <input type="checkbox"/> エイズ検査      | 3,300円  |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈検査      | 3,300円  |
| <input type="checkbox"/> 血管年齢測定     | 2,200円  |
| <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定     | 3,300円  |

キリトリ線