

# 人間ドック【自費】

《検査項目》 診察・血圧・身長・体重・体脂肪・腹囲・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査  
胃部X線検査・便潜血検査・眼底検査・肺機能検査・腹部超音波検査・B型肝炎検査・梅毒検査  
炎症性反応検査・前立腺検査(PSA)[男性のみ]・婦人科検査[女性のみ]

《検査料金》 37,800円(消費税込)

◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありせん。

《申込方法》 受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえFAXにてお申し込みください。

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	( _____ )		
健康保険証の記号	_____	事業所ご担当者	_____

送付先:(支店・営業所等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください

送付先住所	〒 _____		
電話番号	( _____ )	送付先ご担当者	_____

フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日						備考
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日						
.....			午前・午後						
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日						
.....			午前・午後						
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日						
.....			午前・午後						
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日						
.....			午前・午後						