南町田病院 半日人間ドック申込書

FAX:042-799-7727

年　　月　　日

ID

ふりがな		性　別
氏　　名		男 ・ 女
生年月日	明　大 昭　平　　年　　月　　日　（満　　歳）	
住　　所	〒	
電話番号	（　　）	
携帯番号	（　　）	
第一希望日	年　　月　　日（　　曜日）	
第二希望日	年　　月　　日（　　曜日）	
第三希望日	年　　月　　日（　　曜日）	

※ 本検診中に疾患等の疑いが生じた時には健康保険にて診療を致します

高 血 圧 既往歴	あり ・ なし

糖 尿 病 既往歴	あり ・ なし

↓希望されるコースにチェックしてください

	選 択	コース名	金　額
基本コース		ベーシック	55,000
		スタンダード	77,000
オプション		脳（MRI・MRA）	27,500
		骨盤(MRI)	27,500
		胸部CT(肺)	22,000
		心臓 冠動脈造影CT 冠動脈造影検査をご希望の場合は検査日が2日必要となります	55,000
		腹部CT(内臓脂肪率)	22,000
		心血管（心エコー・脈波）	16,500
		大腸内視鏡 大腸内視鏡検査をご希望の場合は検査日が2日必要となります	27,500
		ピロリ菌（尿素呼気法）	7,700
		骨塩定量(骨密度)	3,300
		マンモグラフィー(乳腺)	7,700

★ 加入されている健康保険組合での費用の負担がある方はご記入下

健康保険組合名	
健康保険組合TEL	（　　）

南町田病院
町田市鶴間4-4-1
TEL;042-799-6161
FAX;042-799-7727