

人 間 ド ッ ク 申 込 書

受診者様情報		<ご受診者様 1>	<ご受診者様 2>				
名前	(フリガナ)		(フリガナ)				
生年月日	大正	年	月	日	性別	男・女	
	昭和					男・女	
	平成						
連絡先	お電話が繋がりに易い時間帯						
	☎	()	時	ころ	☎	()	時
住所	※一度実施された方で住所変更の無い方は必要ありません。						
	〒 -		〒 -				

ご希望日					
希望日1	希望日2	希望日3	希望日1	希望日2	希望日3
月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後	午前 ・ 午後

ご希望コース					
コース	定価(税別)	時間	コース	定価(税別)	時間
<input type="checkbox"/> PETがん検診	¥98,000	2.5時間	<input type="checkbox"/> PETがん検診	¥98,000	2.5時間
<input type="checkbox"/> PETベーシック	¥128,000	3時間	<input type="checkbox"/> PETベーシック	¥128,000	3時間
<input type="checkbox"/> PETエグゼクティブ	¥190,000	5.5時間	<input type="checkbox"/> PETエグゼクティブ	¥190,000	5.5時間
<input type="checkbox"/> PETエグゼクティブプラス	¥330,000	6.5時間	<input type="checkbox"/> PETエグゼクティブプラス	¥330,000	6.5時間
<input type="checkbox"/> PETロイヤル	¥400,000	7.5時間	<input type="checkbox"/> PETロイヤル	¥400,000	7.5時間
<input type="checkbox"/> PETロイヤルプラス	¥430,000	2日間コース	<input type="checkbox"/> PETロイヤルプラス	¥430,000	2日間コース
<input type="checkbox"/> PETシュプリーム	¥880,000	3日間コース	<input type="checkbox"/> PETシュプリーム	¥880,000	3日間コース
<input type="checkbox"/> MRI脳検診	¥28,000	1.5時間	<input type="checkbox"/> MRI脳検診	¥28,000	1.5時間
<input type="checkbox"/> 脳ドック	¥35,000	2.5時間	<input type="checkbox"/> 脳ドック	¥35,000	2.5時間
<input type="checkbox"/> βアミロイドPET	¥450,000	4時間	<input type="checkbox"/> βアミロイドPET	¥450,000	4時間
<input type="checkbox"/> βアミロイドPET脳ドック	¥480,000	2日間コース	<input type="checkbox"/> βアミロイドPET脳ドック	¥480,000	2日間コース

※ PETコースは血糖値が150mg/dl以上の場合、病変が発見されない場合があります。

オプション検査	

ご質問			
(PETコースの方へ) 「糖尿病」と医師に診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(PETコースの方へ) 「糖尿病」と医師に診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はいの方は、空腹時の血糖値の値をご記載ください ※ご不明の場合は記入不要	mg/dl	はいの方は、空腹時の血糖値の値をご記載ください ※ご不明の場合は記入不要	mg/dl
手術などで、体内に金属が入っていますか？(注)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	手術などで、体内に金属が入っていますか？(注)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(注)入れ歯・義眼・カッタ・インプラント・美容刺青・ペースメーカー等

気になる事があればご記入ください。	気になる事があればご記入ください。

FAX申込 **011-711-1337**

郵送申込＝同封されております返信用封筒にて投函ください。

医療法人 新産健会
電話申込 0120-151-866

オプション検査申込書

ご希望でコースに追加できる検査です。複数実施される場合に直しければご使用ください。

受診者様情報

名前	(フリガナ)			受診コース	<input type="checkbox"/> PETがん検診	<input type="checkbox"/> PETシュプリーム			
					<input type="checkbox"/> PETベーシック	<input type="checkbox"/> MRI脳検診			
生年月日	大正	年	月		日	性別	<input type="checkbox"/> PETエグゼクティブ	<input type="checkbox"/> 脳ドック	
	昭和						男・女	<input type="checkbox"/> PETエグゼクティブプラス	<input type="checkbox"/> βアミロイドPET
	平成							<input type="checkbox"/> PETロイヤル	<input type="checkbox"/> βアミロイドPET脳ドック
								<input type="checkbox"/> PETロイヤルプラス	<input type="checkbox"/> その他()

PETがん検診 OP

<input type="checkbox"/> 胃がんリスク採血	¥5,000	<input type="checkbox"/> 肝臓がんリスク採血	¥5,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 免疫細胞検査(FCM)	¥20,000
-----------------------------------	--------	------------------------------------	--------	---------------------------------	--------	--------------------------------------	---------

PETベーシック OP

<input type="checkbox"/> 胃カメラ検査	¥25,000	<input type="checkbox"/> 大腸カメラ検査(※)	¥30,000	<input type="checkbox"/> フィットネス検査	¥15,000	<input type="checkbox"/> 追加腫瘍マーカー	¥20,000
<input type="checkbox"/> 脳検査	¥32,000	<input type="checkbox"/> VSRAD解析 <small>※脳検査受診者のみ</small>	¥3,000	<input type="checkbox"/> 骨盤MRI検査	¥25,000	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー検査	¥5,000
<input type="checkbox"/> 子宮がん検査	¥10,000	<input type="checkbox"/> パピローマウイルス検査 <small>※子宮がん検査受診者のみ</small>	¥8,500	<input type="checkbox"/> レディースセット	¥45,000	<input type="checkbox"/> 心臓検査1	¥20,000
<input type="checkbox"/> 心臓検査2	¥140,000	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検査	¥5,000	<input type="checkbox"/> 健康診断セット	¥10,000	<input type="checkbox"/> 付加健診セット	¥20,000
<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査+VSRAD <small>※脳検査受診者のみ</small>	¥5,000	<input type="checkbox"/> 免疫細胞検査(FCM)	¥20,000		

(※)大腸カメラは別日に、連携医療機関「さっぽろ大通り内視鏡クリニック」での受診となります。

PETエグゼクティブ・PETエグゼクティブプラス OP

<input type="checkbox"/> 胃カメラ検査	¥25,000	<input type="checkbox"/> 大腸カメラ検査(※)	¥30,000	<input type="checkbox"/> フィットネス検査	¥15,000	<input type="checkbox"/> 追加腫瘍マーカー	¥20,000
<input type="checkbox"/> VSRAD解析	¥3,000	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー検査	¥5,000	<input type="checkbox"/> 子宮がん検査	¥10,000	<input type="checkbox"/> パピローマウイルス検査 <small>※子宮がん検査受診者のみ</small>	¥8,500
<input type="checkbox"/> レディースセット	¥20,000	<input type="checkbox"/> 心臓検査1 <small>※PETエグゼクティブのみ</small>	¥20,000	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検査	¥5,000	<input type="checkbox"/> 付加健診セット	¥20,000
<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査+VSRAD	¥5,000	<input type="checkbox"/> 免疫細胞検査(FCM)	¥20,000		

(※)大腸カメラは別日に、連携医療機関「さっぽろ大通り内視鏡クリニック」での受診となります。

PETロイヤル・PETロイヤルプラス OP

<input type="checkbox"/> フィットネス検査	¥15,000	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー検査	¥5,000	<input type="checkbox"/> 子宮がん検査	¥10,000	<input type="checkbox"/> パピローマウイルス検査 <small>※子宮がん検査受診者のみ</small>	¥8,500
<input type="checkbox"/> レディースセット	¥20,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 免疫細胞検査(FCM)	¥20,000		

MRI脳検診 OP

<input type="checkbox"/> VSRAD解析	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査+VSRAD	¥5,000	<input type="checkbox"/> 免疫細胞検査(FCM)	¥20,000
----------------------------------	--------	---------------------------------	--------	---------------------------------------	--------	--------------------------------------	---------

脳ドック OP

<input type="checkbox"/> VSRAD解析	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査+VSRAD	¥5,000	<input type="checkbox"/> 免疫細胞検査(FCM)	¥20,000
----------------------------------	--------	---------------------------------	--------	---------------------------------------	--------	--------------------------------------	---------

βアミロイドPET脳ドック OP

<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 免疫細胞検査(FCM)	¥20,000				
---------------------------------	--------	--------------------------------------	---------	--	--	--	--

memo

FAX申込 **011-711-1337**

郵送申込は同封されております返信用封筒にて投函ください。

医療法人 新産健会
LSI 札幌クリニック
電話申込 **0120-151-866**