

# 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 昭和 平成 年 月 日		大正 昭和 平成 年 月 日	
	性別	男・女	性別	男・女
連絡先	☎ ( ) 時ころ		☎ ( ) 時ころ	
	お電話が繋がり易い時間帯		お電話が繋がり易い時間帯	
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。		〒 - ※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。	
	☐ ご受診者様 1と同住所			

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	特別室コース	¥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		¥550,000	3日間コース	<input type="checkbox"/>	PETシュプリーム	¥550,000 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		¥250,000	4時間	<input type="checkbox"/>	βアミロイドPET	¥250,000 4時間
<input type="checkbox"/>	βアミロイドPET脳ドック		¥280,000	2日間コース	<input type="checkbox"/>	βアミロイドPET脳ドック	¥280,000 2日間コース
<input type="checkbox"/>	LSI乳がん検診		¥35,000	1時間	<input type="checkbox"/>	LSI乳がん検診	¥35,000 1時間

※ 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？	☐はい ☐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？	☐はい ☐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)	☐はい ☐いいえ	手術などで、体内に金属が入っていますか？(注)	☐はい ☐いいえ

(注)入れ歯・義眼・カソラ・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宜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	<input type="checkbox"/> PETエグゼクティブ	<input type="checkbox"/> 脳ドック
	昭和					<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
			性別		男・女	<input type="checkbox"/> PETロイヤルプラス	<input type="checkbox"/> LSI乳がん検診

## PETがん検診 OP

<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査	¥5,000	<input type="checkbox"/> 肝臓がんリスク検査	¥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
<input type="checkbox"/> 膵臓MRI検査	¥33,000	<input type="checkbox"/> 乳がん検査	¥30,000				

## PETベーシック OP

<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	¥25,000	<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査(※)	¥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"/> アルツハイマー病リスク評価 <small>※脳検査受診者のみ</small>	¥3,000	<input type="checkbox"/> 下腹部MRI検査	¥25,000	<input type="checkbox"/> 膵臓MRI検査	¥28,000
<input type="checkbox"/> 乳がん検査	¥30,000	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査	¥10,000	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス検査 <small>※子宮頸がん検査受診者のみ</small>	¥8,500	<input type="checkbox"/> 新レディースセット	¥70,000
<input type="checkbox"/> 心臓検査1	¥20,000	<input type="checkbox"/> 心臓検査2	¥140,000	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	¥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 +アルツハイマー病リスク評価 <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"/> 上部消化管内視鏡検査	¥25,000	<input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡検査(※)	¥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"/> アルツハイマー病リスク評価	¥3,000	<input type="checkbox"/> 膵臓MRI検査	¥28,000	<input type="checkbox"/> 乳がん検査	¥30,000	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査	¥10,000
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス検査 <small>※子宮頸がん検査受診者のみ</small>	¥8,500	<input type="checkbox"/> 新レディースセット	¥45,000	<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"/> 骨密度検査	¥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 +アルツハイマー病リスク評価	¥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"/> 膵臓MRI検査	¥28,000	<input type="checkbox"/> 乳がん検査	¥30,000	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査	¥10,000
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス検査 <small>※子宮頸がん検査受診者のみ</small>	¥8,500	<input type="checkbox"/> 新レディースセット	¥45,000	<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"/> アルツハイマー病リスク評価	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査 +アルツハイマー病リスク評価	¥5,000	<input type="checkbox"/> 乳がん検査	¥30,000
--	--------	---------------------------------	--------	---	--------	--------------------------------	---------

## 脳ドック OP

<input type="checkbox"/> アルツハイマー病リスク評価	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査 +アルツハイマー病リスク評価	¥5,000	<input type="checkbox"/> 免疫細胞検査(FCM)	¥20,000
<input type="checkbox"/> 乳がん検査	¥30,000						

## 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	<input type="checkbox"/> 乳がん検査	¥30,000		
---------------------------------	--------	--------------------------------------	---------	--------------------------------	---------	--	--

## LSI乳がん検診 OP

<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	¥3,000	<input type="checkbox"/> 下腹部MRI検査	¥25,000	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査	¥10,000	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス検査 <small>※子宮頸がん検査受診者のみ</small>	¥8,500
---------------------------------	--------	-----------------------------------	---------	----------------------------------	---------	--	--------

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**