

# 【人間ドックFAX申込書】

申込日 年 月 日

ふりがな				性別		
漢字氏名				男・女		
生年月日	大 昭 平	年	月	日	年齢	歳
ご住所	(〒 - )					
連絡先電話番号	( ) -	日中連絡先電話番号	( ) -			
当院の受診歴	あり・なし		診察券番号 ※診察券をお持ちの方			

■受診希望日をご記入ください。

受診希望日	①	年	月	日	②	年	月	日
-------	---	---	---	---	---	---	---	---

■希望されるコースに  をつけてください。

<input type="checkbox"/> 1日ドック(¥51,840→¥41,840)	<input type="checkbox"/> 半日ドック(¥41,040→¥33,040)
---	---

■下記オプション検査をご希望される方は下記申込欄に  をつけてください。

申込欄	検査項目(金額※税込)	申込欄	検査項目(金額※税込)
<input type="checkbox"/>	半日ドックの方で内視鏡(胃カメラ)へ変更(¥5,400)	<input type="checkbox"/>	婦人科検診(¥7,560)
<input type="checkbox"/>	乳がん検診(¥7,560)	<input type="checkbox"/>	マンモグラフィのみ(¥5,400)
<input type="checkbox"/>	脳ドック(¥35,640)	<input type="checkbox"/>	肺ドック(¥17,280)
<input type="checkbox"/>	肺ドックコア CTのみ(¥11,880)	<input type="checkbox"/>	大腸内視鏡(¥21,600)※別日に実施

※ご予約確定次第、オプション検査等に関する詳細パンフレットをご郵送させていただきます。

◎上記FAX申込書が届き次第、申込者様に電話連絡させていただき、人間ドックに関するご案内、受診日の調整等詳細事項についてご説明をさせていただきます。

◎その他お問い合わせについて、当センター直通電話番号03-5794-7331(平日 8:30~17:15)までご連絡いただきます様、お願い申し上げます。

東京共済病院 健康医学センター 宛  
直通FAX番号: **03-3712-3974**

