

定期 健康診断 申込書 (FAX用紙)
 ～ 事業所・企業健診用 ～

大府あおぞら有床CL 健診担当 宛
 送信先(FAX) 0562-85-1574

※太枠のみご記入ください。

記入日： 年 月 日

フリガナ			
貴社名			
担当者様	部署：	氏名：	mail： @
住所	〒 -		
連絡先	電話 () -	FAX () -	
診断書はご希望ですか？	はい	(当院所定の様式 3,240円/1部) (当院指定外の様式 5,400円/1部)	いいえ

【コース】 ◆ご希望(別紙「検査の説明等」参照)の項目に「人数」を記入してください

	※参考対象者	料金(税込)	申込人数
A コース	35歳の方、40歳以上の方	10,800円	名
B コース	40歳未満の方(35歳を除く)	8,964円	名
C コース	特定業務従事者(2回目/年)等	5,400円	名

※オプション追加検査 ◆追加でご希望の場合のみ、該当項目に「人数」を記入してください

検査項目	検査内容	料金(税込)	事前予約	申込人数
大腸がん検査	便潜血検査	1,296円	必要	名
肝炎ウイルス検査	HBs抗原・抗体 及び HCV抗体検査	2,160円		名
肺がん検査	胸部ヘリカルCT	10,800円	必要	名
	喀痰検査	5,400円	必要	名
甲状腺健診	超音波+血液検査(TSH・TPO-Ab)	5,400円	必要	名
長時間心電図	携帯型心電図	16,200円		名
心不全健診	血液検査(BNP)	2,160円		名
前立腺がん検査	血液検査(PSA)	2,160円		名
握力検査	握力	108円		名
便細菌検査	便細菌培養検査	3,780円		名
胃がん検査	胃部X線	10,800円	必要	名
腹部画像検査	腹部超音波	5,400円	必要	名
その他 血液検査	各種血液検査	(※1) 216円		名

※1: 「コース(A・B・C)内の血液検査項目」以外を追加される場合の、1項目毎の料金となります。

【申込後の流れ】

- 本用紙をご記入の上、FAXにて当クリニックにお送りください。
- 当クリニックでFAX内容を確認後、担当よりご連絡させていただきます。

【注意事項等】

- 検査結果表の作成には「約3週間」かかります。
- 個人情報とは当院にて厳重に管理し、院内医療業務以外の目的で使用いたしません。
- 健康診断報告書の作成は、半田市医師会健康管理センターを通じて行っております。

【OAC記入・押印欄】

H . . . H . . .

受付	担当(事務)