

住所 〒 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 様

申込先 松下記念病院 ドック健診センター

FAX **06-6992-5500**

郵送 〒570-8540 大阪府守口市外島町5-55

※ 住所及び電話番号・被保険者番号は必ずご記入ください。  
 ※ 2人以上のお申込みの場合は、恐れ入りますが当用紙をコピー等の上、お一人様一枚ずつ記入をお願いします。  
 また、同日受診を希望の場合は、下記に氏名をご記入ください。

生年月日 性別 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 男・女

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_

健康保険証 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

〔 \_\_\_\_\_ 様と同日受診希望 〕

ドック健診センターの過去受診……………○あり ○なし

松下記念病院の診察券……………○あり ○なし

診察券をお持ちの方は診察券番号をご記入ください。

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

① ご希望のコースに  をつけてください。(料金は税込です) ★コース内容の詳細はP.12~13をご確認ください。

<input type="checkbox"/> <b>ドック健診コース (標準コース)</b> 13,000円 <small>一般の方(45,000円)</small>	<input type="checkbox"/> <b>総合がん健診コース</b> 男性:118,400円 <small>一般の方(142,900円)</small> 女性:131,400円 <small>一般の方(155,200円)</small>
<input type="checkbox"/> <b>レディースコース</b> 30,500円 <small>一般の方(59,300円)</small>	<input type="checkbox"/> <b>プレミアムコース</b> 男性: 92,800円 <small>一般の方(118,500円)</small> 女性:105,800円 <small>一般の方(130,900円)</small>
<input type="checkbox"/> <b>ドック+肺検診コース</b> 33,000円 <small>一般の方(61,700円)</small>	<input type="checkbox"/> <b>ドック+歯科検診コース</b> 19,000円 <small>一般の方(48,400円)</small>
<input type="checkbox"/> <b>ドック+胃検診コース</b> 25,000円 <small>一般の方(54,100円)</small> コースに含まれる胃カメラは、下記いずれかに ✓(チェック)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> <b>ベーシック健診コース</b> 4,000円 オプション検査の追加は青枠の検査のみになります。
<input type="checkbox"/> <b>シニアコース</b> 41,500円 <small>一般の方(69,800円)</small>	<input type="checkbox"/> <b>プレミアム総合がん健診コース</b> 男性:172,900円 <small>一般の方(194,600円)</small> 女性:185,900円 <small>一般の方(207,000円)</small>
<input type="checkbox"/> <b>シニアコース (脳ドック付)</b> 76,500円 <small>一般の方(103,000円)</small> コースに含まれる胃カメラは、下記いずれかに ✓(チェック)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻	

② ご希望のオプション検査に  をつけてください。オプションのみの受診(※印除く)はご遠慮ください。(料金は税込です)

<input type="checkbox"/> 肺がん検査(肺CT)……………12,000円	<input type="checkbox"/> 胃セット(胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 又は <input type="checkbox"/> 経鼻)……………12,000円 +消化器マーカー
<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ) 経口 ……9,000円	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(血圧脈波検査)……………3,500円
<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ) 経鼻注) ……9,000円	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波……………4,000円
<input type="checkbox"/> 経腔超音波検査……………4,000円	<input type="checkbox"/> 血管セット(動脈硬化+頸動脈超音波)……………7,000円
<input type="checkbox"/> 乳がん検査(マンモグラフィー)……………5,000円	<input type="checkbox"/> 乳がんセット(マンモグラフィー+乳房超音波)……………9,000円
<input type="checkbox"/> 乳がん検査(乳房超音波検査)……………5,000円	<input type="checkbox"/> 甲状腺検査(血液検査)……………4,500円
<input type="checkbox"/> 骨密度検査(DEXA法)……………4,500円	<input type="checkbox"/> 心臓病検査(血液検査)……………3,500円
<input type="checkbox"/> 消化器マーカー検査(CEA・CA19-9)……………4,500円	<b>「ベーシック健診」限定オプション</b>
<input type="checkbox"/> C型肝炎検査(血液検査)……………2,500円	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査……………本人負担 3,600円
<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査(血液検査)……………1,000円	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査……………本人負担 8,640円 (胃カメラ <input type="checkbox"/> 経口 又は <input type="checkbox"/> 経鼻)
<input type="checkbox"/> アレルゲン検査 36種類(血液検査)【鼻炎/喘息/アトピー】……………20,000円	<input type="checkbox"/> 乳がん検査(マンモグラフィー)……………本人負担 0円
<input type="checkbox"/> 視野検査……………1,000円	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診……………本人負担 0円
※ <input type="checkbox"/> 脳ドック検査(MRI・MRA)……………35,000円	
<input type="checkbox"/> 肺セット(肺CT+肺腫瘍マーカー+喀痰検査)……………20,000円	

注)血液をサラサラにするお薬を飲んでおられる方は、経鼻内視鏡はできませんので、経口内視鏡をお申込みください。

③ ご都合の悪い日に × をつけてください。

受診希望年月をご記入ください **20** **8** **8** 年 **8** **8** 月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

◎ 予約専用フリーダイヤル:0120-130533  
 その他のお問合せ:06-6992-5611 (平日8:30~16:45)

(お申込みに関する注意事項)

**予約申込は随時受付・割当ていたします。**

- ・オプション検査(PET/CTを除く)はドック健診と同じ日になります。
- ・オプション検査以外はセット料金のため一部の検査をキャンセルされても料金の変更は致しません。
- ・ご自身で更衣・採尿等が困難な方は、健診をお断りする場合がございます。
- ・乳がん検査(マンモグラフィー)は心臓にペースメーカーがある方、豊胸手術をされている方はお受け頂けません。
- ・授乳期は乳腺超音波で正確な評価が困難です。授乳終了後の検査をお薦めします。
- ・各班受付時間より30分以上遅刻される場合は、受け入れできない場合がございます。