

☆必要事項をご記入の上、メールかFAXにてご返信頂くか、下記の住所に郵送にてお申込み下さい☆
ご受診に際しての必要事項になりますので、下記枠内をご記入下さい。【□：チェック欄には☑（レ印）をご記入下さい】

受診者情報 ※必須	フリガナ			性別	生 年 月 日		年齢
	ご氏名			男・女	S・H 年 月 日		歳
	ご住所	〒 - 【 ☎ - - 】					
	保険者番号			保険証記号			保険証番号
	申込団体	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 会社名 【 】					
	加入保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> その他 【 】					
	受診希望日	令和 年 月 日 (曜日)					
事前案内 検査キット 送付先	《上記のご住所以外に検査キットの送付を希望される方はご記入下さい》						
	会社名					担当部署 ご担当者	
	ご住所	〒 -					
	TEL	- -		FAX	- -		
結果送付先	結果報告書 必要部数	部	※ご自宅・会社へ別々に郵送はできません。(未記入の際は、自宅へ郵送となります。)				
			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社【送付先： 】				
受診者負担金	清算方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い		<input type="checkbox"/> 全額 請求書対応 (5名様以上)		<input type="checkbox"/> 一部を請求書対応(5名様以上) 下記、窓口精算欄に内訳記載をお願いします。	
請求書 送付先 (5名様以上の申込 で、請求書対応で きます)	会社名					担当部署 ご担当者	
	ご住所	〒 -					
	TEL	- -		FAX	- -		
	窓口精算	※当日窓口支払いする項目をご記入ください。(胃カメラ変更差額、鎮静剤使用料、①追加検査項目等)					
受診内容	コース名		料金(税込)		コース名		料金(税込)
	<input type="checkbox"/> 定期健康診断A		4,500円		<input type="checkbox"/> 定期健康診断C		8,000円
	<input type="checkbox"/> 定期健康診断B		7,000円		<input type="checkbox"/> 定期健康診断D		9,000円
	<input type="checkbox"/> 人間ドック 1日コース(胃透視)		36,500円		<input type="checkbox"/> 心臓ドック		50,000円
	<input type="checkbox"/> 人間ドック 1日コース(胃内視鏡)		39,000円		《内視鏡検査をご選択の方へ》 <input type="checkbox"/> 鎮静剤使用・・・・・・・・・・ +2,000円 <input type="checkbox"/> 鎮静剤使用なし・・・・・・・・・・ 加算なし		
	<input type="checkbox"/> 人間ドック 1泊2日コース (胃・大腸内視鏡コース)		65,000円				
	<input type="checkbox"/> 人間ドック 1泊2日コース (胃内視鏡・循環器コース)		65,000円				
①追加検査 希望の検査に チェック(☑) をして下さい	検査名		料金(税込)		検査名		料金(税込)
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査		4,500円		<input type="checkbox"/> 子宮がん検査(近医委託にて)		7,000円
	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査		4,000円		委託先：ゆみレディースクリニック・さとみクリニック 中村(哲)産婦人科内科・片瀬クリニック		
	<input type="checkbox"/> 骨密度検査		3,500円		<input type="checkbox"/> 乳がん検査セット(マンモグラフィー+乳腺エコー)		7,500円
	<input type="checkbox"/> 頭部MR I検査(電話予約必要)		16,000円		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査セット		6,000円
	<input type="checkbox"/> 頭部ヘリカルCT検査		13,000円		(胃・大腸・肺・胆嚢・膵臓・肝臓)		
	<input type="checkbox"/> 胸部ヘリカルCT検査		13,000円		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査(前立腺がん)		2,500円
	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査		3,500円		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査(卵巣がん)		2,500円
	<input type="checkbox"/> 心エコー検査		8,800円		<input type="checkbox"/> 血圧脈波検査(動脈硬化検査)		2,000円
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー検査		4,500円		<input type="checkbox"/> ピロリ菌抗体検査		2,000円
	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)		11,000円		<input type="checkbox"/> 血液型(ABO・Rh)		1,350円
	<input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査(胃カメラ)		13,500円		その他【 】		
備考欄							
☆内視鏡検査を希望される方へ☆	鎮静剤を使用しての検査を希望される方は、別途追加料金(2,000円)が必要となります。 当日は、事故防止のため、自動車・バイク・自転車等を自分で運転することは1日できません。 車等でのお越しの方には【鎮静剤無し】での検査となります。車等での来院をされないようにお願い致します。						

《お問い合わせ先》

〒892-0822 鹿児島市 泉町16番1号

社会医療法人 天陽会 中央クリニック 地域医療室 健診担当

TEL : 0120 - 255 - 545 FAX : 099 - 224 - 2165

メール ningen-dock@tenvoukai.org

【お問い合わせは午前10時～午後4時30分の間にお願い致します】