

エグゼクティブドック お申込書 EV

フリガナ 氏名	性別		生年月日	M T S 年 月 日 (才)		
現住所 TEL	〒 ( )					
勤務先 TEL	〒 ( )					
会社名				役職		
お昼間のご連絡先	( )					
受診希望日	第1	月 日 ~ 日	第2	月 日 ~ 日	第3	月 日 ~ 日
ご宿泊	<input type="checkbox"/> ホテルニューオータニ幕張 (禁煙・喫煙)				同 伴 者	<input type="checkbox"/> あり (¥4,990・税・サービス料込) <input type="checkbox"/> なし
受診前日の宿泊 [有料]	<input type="checkbox"/> 前泊する 1名様: ¥17,820- (税・サービス料込) 2名様: ¥22,810- (税・サービス料込)			<input type="checkbox"/> 前泊しない		
オプション検査の ご希望	<input type="checkbox"/> 希望しない (総合検診のみ)		<input type="checkbox"/> オプション検査を希望する			
	ご希望の方のみ希望項目をお選び下さい。 (ご料金はすべて税込みの金額です)					
	<input type="checkbox"/> 脳画像検査 [MRI・MRA検査 頸動脈超音波検査]		¥ 37,800-			
	<input type="checkbox"/> 循環器検査		[ 心臓超音波検査 長時間心電図 頸動脈超音波検査 ]		¥ 32,400-	
	<input type="checkbox"/> 膵臓がん 胆管がん検査 [MRCP (MR胆管膵管撮影)]		¥ 32,400-			
	<input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT検査		¥ 5,400-			
	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 (採血)		¥ 4,320-			
	<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 (呼気採取法)		¥ 5,400-			
	<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診検査		¥ 5,400-			
	<input type="checkbox"/> 卵巣がん 子宮体がん検査 (骨盤部MRI)		¥ 32,400-			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査		[ 頸部細胞診・頸腔超音波検査 HPV(ヒトパピローマウイルス検査) ]		¥ 21,600-		
<input type="checkbox"/> 骨密度検査 (デキサ法 X線)		¥ 5,400-				
(医師の判断にて行う検査) 病理組織検査	胃・大腸の内視鏡の際、 <u>医師の判断にて必要に応じ組織を</u> 採取して、良性・悪性の鑑別をします。組織検査を行った際				[ 胃・大腸病理検査(保険会計) 部位・部数によって異なります。(約¥4,000~¥12,000) ]	
案内書送付先	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先		※事前に必ず受取可能な送付先	
検診結果の送付先 (ご本人様親展)	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先			