

エグゼクティブブック お申込書 EV

フリガナ 氏 名			性別			生年月日	T S H		年	月	日 (才)
現住所 T E L	〒 ()										
勤務先 T E L	〒 ()										
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	☐ ホテルニューオータニ幕張 (禁煙 ・ 喫煙)						同居者 ☐ あり (¥5,080・税・サービス料込) ☐ なし				
受診前日の宿泊 〔有料〕	☐ 前泊する 1名様：¥18,150ー (税・サービス料込) 2名様：¥23,230ー (税・サービス料込)						☐ 前泊しない				
オプション検査の ご希望	☐ 希望しない (総合検診のみ) ☐ 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)										
	☐ 脳画像検査 { MRI・MRA検査 頸動脈超音波検査 } ¥ 38,500ー										
	☐ 循環器検査 { 心臓超音波検査 長時間心電図 BNP (採血) } ¥ 33,000ー										
	☐ BNP (採血) ¥ 3,300ー										
	☐ 甲状腺採血 ¥ 7,700ー										
	☐ 膵臓がん 胆管がん検査 MRCP (MR胆管膵管撮影) ¥ 33,000ー										
	☐ 内臓脂肪CT検査 ¥ 5,500ー										
	☐ 胃がんリスク検診 (採血) ¥ 4,400ー										
	☐ ピロリ菌検査 (呼気採取法) ¥ 5,500ー										
	☐ 喀痰細胞診検査 ¥ 5,500ー										
	☐ 卵巣がん 子宮体がん検査 (骨盤部MRI) ¥ 33,000ー										
	☐ 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) } ¥ 22,000ー										
	☐ 骨密度検査 (デキサ法 X線) ¥ 5,500ー										
	☐ 網膜黄斑断層検査 (3次元眼底像撮影検査) ¥ 3,300ー										
	☐ トモシンセシス (3Dマンモグラフィ) ¥ 4,400ー										
(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。 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	☐ 自宅 ☐ 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)	☐ 自宅 ☐ 勤務先										