

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	T S H	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)										同居者 <input type="checkbox"/> あり (¥5,313・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：¥18,975- (税・サービス料込) <input type="checkbox"/> 前泊しない 2名様：¥24,288- (税・サービス料込)														
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 頰動脈超音波検査 } ¥ 38,500-															
<input type="checkbox"/> 循環器検査 { 心臓超音波検査 長時間心電図 BNP (採血) } ¥ 33,000-															
<input type="checkbox"/> BNP (採血) ¥ 3,300-															
<input type="checkbox"/> 甲状腺採血 ¥ 7,700-															
<input type="checkbox"/> 膵臓がん 胆管がん検査 MRCP (MR胆管膵管撮影) ¥ 33,000-															
<input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT検査 ¥ 5,500-															
<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 (採血) ¥ 4,400-															
<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 (呼気採取法) ¥ 5,500-															
<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診検査 ¥ 5,500-															
<input type="checkbox"/> 卵巣がん 子宮体がん検査 (骨盤部MRI) ¥ 33,000-															
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 { 頰部細胞診・頰腔超音波検査 HPV (ヒトパピローマウイルス検査) } ¥ 22,000-															
<input type="checkbox"/> 骨密度検査 (デキサ法 X線) ¥ 5,500-															
<input type="checkbox"/> 網膜黄斑断層検査 (3次元眼底像撮影検査) ¥ 3,300-															
<input type="checkbox"/> トモシンセシス (3Dマンモグラフィ) ¥ 4,400-															
(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、医師の判断にて必要に応じ組織を採取して、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	<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														