

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 伴 者	<input type="checkbox"/> あり (¥5,080・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：¥18,150- (税・サービス料込) 2名様：¥23,230- (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 頰動脈超音波検査〕 ¥ 38,500-																	
	<input type="checkbox"/> 循環器検査 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>心臓超音波検査</td> <td rowspan="3" style="font-size: 2em;">}</td> </tr> <tr> <td></td> <td>長時間心電図</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BNP (採血)</td> </tr> </table> ¥ 33,000-											{	心臓超音波検査	}		長時間心電図		BNP (採血)
{	心臓超音波検査	}																
	長時間心電図																	
	BNP (採血)																	
	<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 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>頸部細胞診・頸腔超音波検査</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em;">}</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HPV(ヒトパピローマウイルス検査)</td> </tr> </table> ¥ 22,000-											{	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)		
{	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)																	
	<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-																	
(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。 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td>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)</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em;">}</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>											{	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)	}				
{	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															