

# 健康診断受診申込書

●健康診断受診申込書、受診者情報記入欄の両方をfax送信下さい

FAX : 076-233-5062

一般社団法人スコール金沢 健診ステーション予約事務行

事業所名:		
事業所在地:		
電話番号:	FAX:	ご担当: 様
保険者名称:	保険者番号:	保健証記号:

## ～健康診断受診について～

申し込み	用紙下段もしくは裏面の記入欄に、受診者様情報をご記載いただきFAXもしくはメールにてお申込み下さい。予約対応係にて確認登録致します。ご希望日に沿えない場合はご担当者様へご相談させていただきます。ご希望日に空気が無い場合は別日をご相談、ご提案させていただきます。
予約確定	ご予約完了後は一覧表にてお知らせ。事前資料を事業所様へと郵送しますのでご本人様へとお渡し下さい。
受診結果	受診結果（ご本人様控・事業所様控）は事業所様へご郵送しますので、お渡しました保管をお願い致します。
ご請求	毎月末締め、翌月中旬ごろには事業所様へご郵送。ご確認後、お支払いの程お願い致します。オプション検査等ご本人窓口支払いがある場合は、その旨を「その他伝達事項」にご記入お願い致します。
その他	健康診断及び人間ドックの検査項目及び料金については別紙ご案内資料をご覧ください。提携駐車場無料サービス実施しております。駐車区画は普通車区画しかございませんので、高所作業車でのご来院はご遠慮下さい。
	胃部検査（胃透視・内視鏡）を実施の方、予約時間は午前8:30・9:00・9:30のいずれかです。胃部検査無しの方々は9:30・10:00・10:30・11:00もしくは午後時間帯での承りとさせていただきます。
	胃部検査（胃透視・内視鏡）実施の方にのみ軽食のご提供がございます。受診者皆様には3Fフィットネスの1DayPASSチケット（無料利用券）進呈いたします。

## ～オプション検査について～

- ・健康診断受診時に下記検査を追加する事が可能です。一部、特別価格でご用意しております。ご希望の方は裏面申込書の「オプション検査」欄に検査名をご記入下さい。

	検査項目	検査内容	料金（税込）	
X線	胸部CT	肺を輪切りの状態で撮影し肺がんや肺炎・肺気腫などを調べる検査	9,900円	
	腹部CT	腹部臓器を調べる検査（骨やガスの影響を受けにくい為、腹部超音波で見えにくい部分も確認しやすい）	9,900円	
	骨密度（DEXA法）	大腿骨頸部にX線を照射して骨量を調べる検査	4,400円	
血液	腫瘍マーカー	CEA	悪性腫瘍、転移性肝がん など	1,650円
		AFP	肝細胞がん など	1,650円
		CA19-9	すい臓がん、胆道がん、大腸がん など	1,650円
		CA125	卵巣がん、子宮がん、子宮内膜症、すい臓がん など	1,650円
		CA15-3	乳がん など	1,650円
		PSA	前立腺がん、前立腺肥大症 など	1,650円
	シフラ	肺がん、肺炎 など	2,750円	
	栄養解析	血液データに基づき体内に必要な栄養素と量を解析する検査	6,600円	
婦人科	乳房超音波	超音波を当て、乳腺内の異常を調べる検査	4,950円	
	経膈超音波	膈の中に細長いエコーの機械を挿入して、子宮や卵巣の状態を観察する検査	5,500円	
	マンモグラフィー	乳腺を挟みながら圧迫して乳腺の歪み（構築の乱れ）・腫瘤影（しこりの白い影）・細かな石灰化（カルシウム沈着）を観察する検査	4,950円	
	子宮頸部細胞診	子宮頸部の細胞を採取し、顕微鏡で調べる検査	4400円	

# 受診者情報記入欄

●健康診断受診申込書、受診者情報記入欄の両方をfax送信下さい

FAX : 076-233-5062

一般社団法人スコール金沢 健診ステーション予約事務行

保険 番号	本人 区分 ※1	(フリガナ 氏名)	性 別	生年月日 (西暦)	受診希望日	受診コース	オプション 検査
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			
	本人 ・ 家族	( )		年 ① 月 日 月 日 ② 月 日			

※1 保険証が本人もしくは家族いずれかに○を記入ください

その他伝達事項