

健診予約申込書

一般

■下記の項目にご記入いただいた上、当センターまでお電話かFAXにてご連絡下さい。

お申込み先	お電話	0120-787-500	錦秀会インフォメーションセンター
	FAX	072-277-1136	阪和インテリジェント医療センター

お申込み日 年 月 日

フリガナ		錦秀会ID	錦秀会共通診察券をお持ちの方のみ
お名前	様		
生年月日	生年月日 M・T・S・H 年 月 日(歳)	性別	男性 / 女性
ご住所	〒 -		
お電話	携帯 TEL() - 自宅 TEL() -	FAX() -	
日中連絡先 (会社名)	*上記と同じ場合は記入不要です TEL() - FAX() -		
ご希望健診コース (料金はすべて税込み) ご希望のコースをお選び下さい。オプション検査を希望される場合は該当検査にしをご記入下さい。その場合別途料金がかかります。	<input type="checkbox"/> PETプレミアムコース		基本料金 201,600円
	オプション検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査セット(心臓超音波+BNP)(13,650円) <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(アディポネクチン)(10,500円) <input type="checkbox"/> 心臓超音波(10,000円) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波(3,500円) <input type="checkbox"/> 骨密度検査(3,600円) <input type="checkbox"/> アルルギー検査(15,000円)		
	<input type="checkbox"/> PETエクセレントコース		基本料金 143,850円
	オプション検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波(3,500円) <input type="checkbox"/> 骨密度検査(3,600円) <input type="checkbox"/> アルルギー検査(15,000円)		
<input type="checkbox"/> PETベーシックコース		基本料金 89,250円	
<input type="checkbox"/> 一日ドックコース		基本料金 59,850円	
オプション検査 <input type="checkbox"/> 心臓検査セット(心臓超音波+BNP)(13,650円) <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(アディポネクチン)(10,500円) <input type="checkbox"/> 心臓超音波(10,000円) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波(3,500円) <input type="checkbox"/> 骨密度検査(3,600円) <input type="checkbox"/> アルルギー検査(15,000円)			
受診ご希望日	第1希望 年 月 日	その他日時のご希望	
	第2希望 年 月 日		
	第3希望 年 月 日		
お尋ねします。 PETコースをご希望の方のみ記入してください。	*糖尿病 (はい・いいえ) *血糖値が高い (はい・いいえ) *閉所恐怖症 (はい・いいえ) *心臓ペースメーカー (有・無) *体内金属 (有・無)		
その他ご質問をお書きください			

- 受診される場合に必要な情報(上記)はご本人の了解無しに他者へ開示する事はありませんのでご安心下さい。
- FAXにてお送りいただく際は、情報の到着確認をさせていただきます。
- 健診コースによってお選びいただけるオプション検査が異なりますのでご注意ください。

※処理欄	受診日
	コース

H24-0401



医療法人 錦秀会 阪和第二泉北病院
阪和インテリジェント医療センター

〒599-8271 大阪府堺市中区深井北町3176 TEL 072-277-1412