申込書を 072-958-3291 へお送りください。

もしくは、医事グループ　☎ 072-957-2121 へお電話

【予約受付時間】　平日 9：00～17：30

肺ドック受診申込書

フリガナ			
受診者氏名	（　男・女　）		
住　　所	郵便番号（〒　　－　　）		
電　　話	（固定）　　－　　－		
	（携帯）　　－　　－		
生年月日	（昭和・平成）　　年　　月　　日　（　　歳）		
受診希望日	年　月　日	後日結果説明	希望する　・　希望しない
過去の受診	当院の患者番号をお持ちの方（　　）		
	以前に当センターで、肺ドックを受診されたことはありますか？ ・はい（　　年　　月頃／過去　計　　回）　　・いいえ		

※申込は、受診希望日の2週間前までにお願い致します。

■検診コース名（希望コースに○をお付けください）

	コース	検査内容	料金（税込）
	簡易	**肺ドック（ＣＴ）**	**¥10,180**
	標準	**肺ドック＋呼吸機能**	**¥12,220**
	精密	**肺ドック＋呼吸機能＋腫瘍マーカー**	**¥18,330**

この肺ドックを何でお知りになりましたか。（○をお付けください）

1　当センターの受診時
2　ホームページ
3　チラシ
4　ご友人やご家族
5　その他（　　）

【ご注意】

ペースメーカーや体内（胸部）に金属が入っている方は、検査を受けられない場合がありますので、予めご相談下さい。