

2022年度三楽病院人間ドック等申込書(FAX専用)

(東京都職員共済組合専用)

資料

診察券NO <small>※係員使用欄</small>		コース	日帰り・脳・大腸 女性A・女性B	受診希望日
太枠の中をご記入ください。↑ありましたらご記入ください。				第1希望 月 日 曜日
フリガナ		男	本人	決定日 月 日() ※係員使用欄
氏名		女	被扶養者	組合員番号
生年月日	昭和 年 月 日()才※年度末年齢			第2希望 月 日 曜日
自宅住所	〒		携帯 FAX	第3希望 月 日 曜日
勤務先名称			電子メール	
係員使用欄	腫瘍マーカー: 膵臓 卵巣 肺 肝臓 前立腺 子宮		骨密度	ピロリ菌
	乳がん MDL中止→胃部内視鏡	肺(CT) /	GS 当日	
	子宮がん	時 分	時 分	区分 永・一般 35歳以上・未満 節目(45.50)
	甲状腺	血型	胃中止・病理	料金・手続・入力
※ FAX受領後、健診課より確認のお電話等を差し上げます。確実に連絡の取れるお電話番号、お時間をご記入ください。			連絡のつきやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 9 ~ 12時 <input type="checkbox"/> 12 ~ 15時 <input type="checkbox"/> 15 ~ 18時 <input type="checkbox"/> ~ 時

オプション希望欄

※価格は税込額

◎希望されるオプション検査の選択欄に☑をご記入ください。

オプション検査	脳検査(MRI検査) 枠に限りがあります	33,550円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	オプション検査									
	肺がん検査(CT検査) 枠に限りがあります。	13,750円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄										
	乳がん検査(マンモグラフィー)	5,500円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄		上腹部MRCP検査 40,150円 <input type="checkbox"/>								
	乳がん検査(乳房超音波)	5,500円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄		骨盤MRI検査 40,150円 <input type="checkbox"/>								
	子宮がん検査(内診・子宮頸がん検査・超音波検査)	5,500円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄										
血液オプション検査	膵臓マーカー	3,300円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	卵巣マーカー	4,400円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	甲状腺セット	4,950円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄
	前立腺マーカー	2,200円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	子宮マーカー	3,300円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	心機能(BNP)	3,300円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄
	肝臓マーカー	3,300円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	ピロリ	2,200円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	LOXインデックス	13,200円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄
	骨密度	2,750円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	睡眠時無呼吸検査	14,300円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	大腸内視鏡	20,900円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄
その他オプション検査	アレルギー検査	13,200円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	胃内視鏡	5,500円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	胃内視鏡(鎮静剤あり)	8,800円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄
	腸内フローラ検査	15,400円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	頸動脈エコー検査	3,850円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	認知機能検査(頭部の健康チェック)	5,500円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄
	軽度認知障害(MCI)スクリーニング検査(血液検査)	22,000円	<input type="checkbox"/>	自己負担	選択欄	枠に限りがあります。 ※PMのみ。枠に限りがあります。(現在は中止)									

FAX番号 : 03-3291-6348

公益社団法人 東京都教職員互助会	
三楽病院 健診課 健診係	
お問い合わせ ・ご予約先	TEL 03-5282-8331 (ドック専用)
平日 9:00~17:00	
東京都千代田区神田駿河台2-5 御茶ノ水ファーストビル7階	



詳しくはWebで

三楽

検索

※FAX送信の際は、必ずFAX番号をご確認の上ご送信ください。またご記入されたFAXの控えを保管ください。