

PET - CTドック検査申込書

* 太枠線内はもれなくご記入ください。

* はご希望または該当する項目にチェックを入れてください。

申込日	平成 年 月 日 (曜日)			
氏名	フリガナ			
	男 女			
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ()歳			
自宅住所	〒 TEL			
勤務先	〒 TEL			
日中連絡先	自宅	勤務先	携帯電話 ()	
申込コース	コース選択		胃部検査選択	料金
	PET-CTコース	スタンダードコース	透視・内視鏡	103,000円
		1日コース	透視・内視鏡	168,000円
		1泊2日コース	透視・内視鏡	221,000円
	PET-CTお申し込み (本年度当院又は他院でドックを受けられた方)			84,000円
	お申し込みコース	日帰り標準コース	透視・内視鏡	注 123,000円
		1泊2日標準コース	透視・内視鏡	注 148,000円
2泊3日コース		内視鏡	252,000円	
お申し込み検査	有 (検査項目:) 無			
受診希望日	第1希望	月 日 頃	希望曜日	月・火・水・木・金
	第2希望	月 日 頃		
	第3希望	月 日 頃		
問診事項	心臓ペースメーカーの有無 有 ・ 無			
	糖尿病の有無 有 (治療方法: 放置・食事療法・運動療法・薬の内服・インスリン投与) 無			

受診案内・結果送付先に
チェックを入れて下さい。

注) 胃内視鏡を選択の場合は、記載料金 + 3,000円となります。

センター記入欄		予約担当	
現在加入の健康保険	国保 (市町村名) 共済・健保組合 (名称)	政府管掌 その他	
今回のPET - CTドックにかかる料金の支払いについて			
全額自己負担			
料金の一部、全部を所属の団体が負担 (団体名		負担額)
その他 ()

医療法人社団高邦会

高木病院 予防医学センター

〒831-0016 福岡県大川市大字酒見141番地11

TEL.0944-87-9490

FAX.0944-87-9492

【お問合せ時間：月～土(祝日を除く) 午前9時～午後5時】