令和6年度「健康診断のご案内」【日本橋法人会】

日本橋法人会では、会員皆様の福利厚生の充実を図ることを目的に、下記健康診断を実施します。 健康な心身を維持するには、病気の早期発見・早期治療が重要です。

適度な運動と不摂生をしないなどの予防策とともに、定期的な健診が欠かせないものとなっておりますので、この機会に当法人の健康診断をご利用ください。

Aコース

人間ドック(4月~12月)

Bコース

人間ドック(1月~3月)

Cコース

脳ドック(通年)

「人間ドックのお申し込みにつきまして、A コースは、4 月~12 月に実施のコースとなっております。B コースは年度末の I 月~3 月に実施のため、お得な料、金設定となっております。

I. 健診機関······

医療法人財団健貢会 東京クリニック

〒100-0004

東京都千代田区大手町 2-2-1 新大手町ビル 1 階 /

TEL 03-3516-7187【健診専用】 FAX 03-3516-7174【お申込み専用】

別添の申込用紙へ必要事項をご記入の上、

上記連絡先まで、お電話、FAX、郵送にてお申し込みください。

健診料金のお支払いにつきましては、当日、窓口でのご精算となります。

健康診断実施施設(東京クリニック)へ直接お問い合わせください。

人間ドック

l.健 診日 通年実施

2.受付時間等 月~土曜日、午前中(ご予約時に来院時間の調整をいたします)

- ※日曜・祝日は休診。
- ※お電話の場合は申し込み時、FAX の場合は申込受付後、健診機関(東京クリニック) より日程調整のご連絡をいたします。

日程が決まり次第、受診案内をお送りいたします。

※人間ドックご受診の方には、東京駅周辺の飲食店にて使用可能なお食事券(¥1,000)をご用意しております。

3. 健診料金(税込)・人間ドック A コース(4月~12月):42,900 円 · B コース(1月~3月):38,500 円 · 脳ドックCコース:27,500 円

4. 検査項目・オプション検査

【人間ドック検査項目】

- 1) 既注歴及び業務歴の調査
- 2) 自・他覚症状の有無の検査及び診察
- 3) 身長·体重·BMI·標準体重·腹囲測定
- 4) 視力検査
- 5) 聴力検査
- 6) 血圧測定・心拍数
- 7) 尿検査
- 8) 胸部レントゲン検査
- 9) 胃部レントゲン検査
- 10) 貧血検査
- 11) 肝胆膵機能検査
- 12) 脂質検査
- 13) 血糖検査
- 14) 痛風検査
- 15)腎機能検査
- 16) 炎症反応
- 17) 感染症
- 18) 心電図検査
- 19) 眼底検査
- 20) 眼王検査
- 21) 腹部 超音波検査
- 2 2) 肺機能検査
- 23) 便替血反応検査(検便2日法)

【脳ドック検査項目】

- 1) 既往歴及び業務歴の調査
- 2) 自・他覚症状の有無の検査及び診察
- 3) 頭部MRI、MRA、頸部MRA撮影

【オプション検査】 (税込)

※ご希望のオプション番号を申込書へご記入ください。

- 胃バリウム検査 ⇒ 胃かりを査(経口) へ変更: ¥4,400
- ② 胃パリウム検査⇒胃カメラ検査(経鼻)へ変更:¥4,400
- ③ 胃力メラ時鎮解所望: ¥5,500※胃カメラ(経口時のみ鎮解的の使用が可能です)
- ④ 脳ドック (頭部 MRI、MRA、頸部 MRA): ¥22,000
- ⑤ 脳ドック追加検査・脳年齢測定: ¥11,000
- ⑥ 頸脈超音波検査: ¥5,500
- ⑦ 肺ドック (胸部 CT、腫瘍マーカー): ¥22,000
- ⑧ 大腸内視鏡検査(後日実施): ¥27,500
- 9 腫瘍マーカー消化管セット(5種): ¥5,500
- ⑩ 腫瘍マーカー婦人科セット (3種): ¥5,500
- 1)腫瘍マーカー前立腺(PSA): ¥2,200
- ② 胃がんリスク評価(ABC検査):¥6,600
- ③ ピロリ菌検査: ¥3,300
- (5) 骨密度検査(全身 X 線撮影): ¥6,600
- ⑯ 骨密度検査(腰椎、大腿骨撮影): ¥4,400
- 切 アミノインデックス (男性セット): ¥27,500
- ® アミノインデックス(女性セッ): ¥27,500
- ⑨ マイナイチンゲール血液検査: ¥9,900
- ② Lox-Index 血液検査: ¥13,200
- ②アレルギー検査(39項目): ¥9,900
- ② 腸内フローラ検査: ¥16,500
- ② 子宮頸がん検査:¥5,500
- ② 子宮体がん検査:¥7,150
- ② HPV 検査: ¥6,600
- 26 子宮・卵巣超音波検査: ¥6,600

お申し込み FAX. 03-3516-7174 東京クリニック 健診受付 行

※FAX 番号はお間違いの無いようにご確認をお願いいたします。

人間ドック・	脳ドック	申込書
--------	------	-----

申込日 年 月 В

事業形名						
住 所 〒						
連絡大電話番号 ご担当者様名						
氏 名	フリガナ	生年月日	性 別	コース選択	受診希望日を記	希望オプション検査 オプション検査 イプ・ション受診希望番号 ① ~⑬を記入
		昭和・平成 年 月 日	男・女	A · B C	月日	1
		昭和・平成 年 月 日	男・女	A • B C	月 E	1
		昭和・平成 年 月 日	男・女	A · B C	月 E	1
		昭和・平成 年 月 日	男・女	А · В С	月 E	1
		昭和・平成 年 月 日	男・女	A • B C	月 E	1

- ※6名以上でお申し込みされる場合は、この申込書をコピーしてご使用ください。
- ※本申込書にご記入いただいた情報は、健診以外の目的では使用いたしません。
- ※FAX 到着後、クリニック担当者より、上記にご記入いただきました連絡先へお電話いたします。