

健康診断申込書(個人)



大里メディカルクリニック
Osato Medical Clinic, Inc.

3440 Lomita Blvd. Suite #321
Torrance CA, 90505

TEL: 310-534-8200
FAX: 310-534-8265
Email: kenshin@osatoclinic.com

受診者氏名 (ローマ字):			
生年月日 (mm/dd/yyyy)			
EMAIL アドレス:			
当院ご利用有無	<input type="checkbox"/>	初診の方	<input type="checkbox"/> 過去3年以内に外来診療のご利用ある方
支払い方法	<input type="checkbox"/> CASH PAY (クレジットカード・チェックOK)		

申込みプラン ご希望の検査にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> Basic Plan . . . \$350	(健康診断レポート込み	<input type="radio"/> 和文	または	<input type="radio"/> 英文)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 総合内科診察: 問診表の分析・聴打診・触診 ▪ 身体計測: 身長・体重・腹囲・体脂肪測定 ▪ 血圧測定 ▪ 視力検査 ▪ 聴力検査 ▪ 尿検査: [pH・比重・蛋白・ケトン・糖・潜血・ビリルビン・ウロビリノーゲン] ▪ 便潜血反応検査 ▪ 血液検査: [血液学・脂質代謝(コレステロール)・肝機能・腎機能・糖代謝(空腹時血糖, グリコヘモグロビンA1c) 電解質・痛風・甲状腺機能] 				

追加検査 (Option)

その他の検査		血液検査	
<input type="checkbox"/> 胸部X線	\$100	<input type="checkbox"/> PSA (前立腺腫瘍マーカー)	\$31
<input type="checkbox"/> 心電図	\$100	<input type="checkbox"/> CA125 (卵巣腫瘍マーカー)	\$35
<input type="checkbox"/> 婦人科検診 (30歳未満) (触診及び子宮頸癌検診)	\$100	<input type="checkbox"/> 血液型 (ABO型、RH型)	\$13
<input type="checkbox"/> 婦人科検診 (30歳以上) (触診及び子宮頸癌検診+HPV検査)	\$150	<input type="checkbox"/> HIV抗体検査	\$19
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	\$200	<input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査	\$17
<input type="checkbox"/> 頸部血管超音波	\$300	<input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査	\$24
<input type="checkbox"/> ピロリ菌ブレステスト	\$100	<input type="checkbox"/> 性病 (梅毒)	\$15
<input type="checkbox"/> 肺活量	\$50	<input type="checkbox"/> 性病 (ヘルペス)	\$55
<input type="checkbox"/> 性病 (クラミジア)	\$60		
<input type="checkbox"/> 性病 (淋病)	\$60		
外部施設検査		内視鏡検査	
<input type="checkbox"/> マンモグラム @Torrance Memorial	\$175	<input type="checkbox"/> @Pacific Endo:月/金:AM	
<input type="checkbox"/> 乳腺エコー@ Family Radiology	\$200	<input type="checkbox"/> @大里内視鏡センター:月/水/金:PM	
<input type="checkbox"/> 胃部バリウムX線透視	\$200	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡(麻酔あり)	\$ 1400~
<input type="checkbox"/> 骨密度検査 @Torrance Memorial	\$150	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 (麻酔あり)	\$ 1900~
<input type="checkbox"/> 頭部 MRI/MRA @ Family Radiology	\$600	<input type="checkbox"/> 胃・大腸内視鏡 (麻酔あり)	\$ 2500~
		※組織生検・病理学検査 (ポリープ切除は追加料金となります。)	

合計 (Total) \$ _____

サイン/SIGNATURE _____

日付/DATE _____