

# 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: 310-375-3003  
FAX: 424-347-3350  
Email: kenshin@osatoclinic.com

|                      |   |      |   |
|----------------------|---|------|---|
| 受診者氏名 (ローマ字):        |   |      |   |
| 生年月日<br>(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"/> <b>Basic Plan</b> . . . <b>\$ 400</b>   | (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"> <li>総合内科診察: 問診表の分析・聴打診・触診</li> <li>身体計測: 身長・体重・腹囲・体脂肪測定</li> <li>血圧測定</li> <li>視力検査</li> <li>聴力検査</li> <li>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]</li> <li>便潜血反応検査</li> <li>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]</li> </ul> |             |                          |     |                           |

## 追加検査 (Option)

|  |             |   |             |
|--|-------------|---|-------------|
| <b>その他の検査</b>  |             | <b>血液検査</b>                               |             |
| <input type="checkbox"/> 胸部X線                                | \$100 _____ | <input type="checkbox"/> PSA (前立腺腫瘍マーカー)  | \$46 _____  |
| <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)<br>(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)<br>(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"/> ビタミンD            | \$45 _____  |
| <input type="checkbox"/> 性病 (淋病)                             | \$60 _____  | <input type="checkbox"/> アレルギーテスト         | \$180 _____ |
| <b>外部施設検査</b>  |             | <b>内視鏡検査</b>                              |             |
| <input type="checkbox"/> マンモグラム                              | \$175 _____ | <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (麻酔あり)      | \$ 1400~    |
| <input type="checkbox"/> 骨密度検査                               | \$150 _____ | <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 (麻酔あり)     | \$ 1900~    |
| <input type="checkbox"/> 頭部 MRI/MRA                          | \$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) \$ \_\_\_\_\_