

浦安商工会議所主催

人間ドック・脳ドック・法定健診のご案内

浦安商工会議所では、会員事業所に人間ドック、脳ドック、法定健診の受診を推奨しております。
従業員を抱える事業主様にとってご自身の不調は企業の不調となりかねません。
どんな病気も早期発見・早期治療が重要ですので、年に1回の健康診断をおすすめします。



受診機関

新浦安虎の門クリニック（浦安市日の出2-1-5）



受診料

人間ドック(胃部X線)

会員特別料金

41,800 円(税込)

(非会員 46,200 円(税込))

人間ドック(胃部内視鏡)

会員特別料金

44,550 円(税込)

(非会員 52,250 円(税込))

脳ドック

会員特別料金

29,700 円(税込)

(非会員 33,000 円(税込))

法定健診

会員特別料金

9,900 円(税込)

(非会員 13,200 円(税込))

オプション検査(別途料金) ※料金は全て税込

①胸部 CT	11,000 円	⑨甲状腺超音波	3,960 円
②乳腺超音波・マンモグラフィー	8,250 円	⑩アミノインデックス(男性5種・女性6種)	24,200 円
③乳腺超音波	3,960 円	⑪LOX-index(脳梗塞・心筋梗塞リスクマーカー)	13,200 円
④マンモグラフィー	4,400 円	⑫ピロリ菌	1,100 円
⑤子宮頸部細胞診(院内採取法)	3,300 円	⑬ABC 検診	4,400 円
⑥骨密度	1,100 円	⑭眼圧	1,100 円
⑦血管年齢	3,300 円	⑮胃部内視鏡(経口または経鼻) ※脳ドック、法定健診の場合	13,750 円
⑧頸動脈超音波	3,960 円	⑯頭部MRI・MRAセット※人間ドックと同時受診の場合	27,500 円

実施日時

日曜～土曜(祝日除く) 受付時間 8:30～・9:00～・10:00～

お申し込み方法

- 裏面の申込書に必要事項を記入し、浦安商工会議所にFAX(047-350-6698)するか、浦安商工会議所ホームページからお申し込みください。
- 受診機関より日程確認の連絡が入ります。
- 受診後、受診月の月末締めで請求書をお送りしますので受診料をお振込みください。
振込先：東京ベイ信用金庫 浦安支店 普通 3233595 浦安商工会議所



⚠ 注意 ⚠ ※必ずお読みください！

- お申し込みは受診希望日の3週間前までにお願いします。
- 受診機関の混雑状況によってはご希望日の変更をお願いする場合がございます。
- オプション検査のみの受診は当所では取り扱いません。
- 妊娠中の方はX線検査を受けられません。また、生理中は検査に影響がでますので、生理中を避けて受診して下さい。
- 胃のX線検査では、高齢者や飲み込みにくい方・むせやすい方はバリウムが気管に入ることがあります。そのような場合は内視鏡検査の方が良い場合もありますので不安のある方はクリニックにご相談ください。



お申込みは、浦安商工会議所へFAXにてお願いいたします。

浦安商工会議所 電話047-351-3000 FAX047-350-6698

各種健診申込書

申込日 年 月 日 (枚中/ 枚)

事業所名			ご担当課 お名前	
事業所所在地	〒			
電話		FAX		
受診希望日	第1希望		年 月 日 ()	
	第2希望		年 月 日 ()	
	第3希望		年 月 日 ()	

* 受診病院 「新浦安虎の門クリニック」 浦安市日の出 2-1-5 ☎ 047-381-2088 (代表)

ふりがな		生年月日	年 月 日	年齢	歳
受診者名	男・女				

基本検査 (A) (税込)			
人間ドック(胃部X線)	人間ドック(胃部内視鏡)	脳ドック	法定健診
41,800円	44,550円	29,700円	9,900円
経口・経鼻			

↑ご希望の方に○をして下さい

オプション検査項目 (B)	料金 (税込)	申込
① 胸部CT	11,000円	
② 乳線超音波・マンモグラフィー	8,250円	
③ 乳腺超音波	3,960円	
④ マンモグラフィー	4,400円	
⑤ 子宮頸部細胞診(院内採取法)	3,300円	
⑥ 骨密度	1,100円	
⑦ 血管年齢	3,300円	
⑧ 頸動脈超音波	3,960円	
⑨ 甲状腺超音波	3,960円	
⑩ アミノインデックス(男性5種・女性6種)	24,200円	
⑪ LOX-index(脳梗塞・心筋梗塞リスクマーカー)	13,200円	
⑫ ピロリ菌	1,100円	
⑬ ABC検診	4,400円	
⑭ 眼圧	1,100円	
⑮ 胃部内視鏡(経口または経鼻)※脳ドック、法定健診の場合	13,750円	経口・経鼻
⑯ 頭部MRI・MRAセット ※人間ドックと同時受診の場合	27,500円	

受診料 (A)+(B)	円
----------------	---

会議所確認	病院承認印

※ご記入いただいた個人情報につきましては、健康診断以外の目的には使用いたしません。