倉岡クリニック人間ドック申込書

Physical Exam Application Form

1151 Bethel Road, Suite 101, Columbus, OH 43220
Phone: 614-766-5500　Website: www.kuraokaclinic.com
申込書送付先: ohio@kuraokaclinic.com

< 受診者情報/ Applicant's Info >

Last Name(姓)	First Name (名)		SEX (性別) ◯Male(男) ◯Female(女)	
DOB (生年月日) 年 月 日 (歳)	CELL PHONE (携帯)		SSN (ソーシャルセキュリティー番号)	
HOME ADDRESS(自宅住所) APT.NO.		CITY(市)	STATE (州)	ZIP (郵便番号)
EMPLOYER (会社名)	EMAIL ADDRESS (Eメールアドレス)			
EMPLOYER'S ADDRESS(勤務先住所)		CITY(市)	STATE (州)	ZIP (郵便番号)
INSURANCE (保険会社名)*必ずご記入ください		LAST PHY(最終健康診断受診日) 年 月	（日本・アメリカ） 日 ◯ ◯	

*当院以外で受診された方はレポートをお送りください

1ST REQUEST (第1希望日) (曜日)	2ND REQUEST (第２希望日) (曜日)	EXAM (パッケージ名・追加希望検査)

< 同日受診ご希望のご家族の方/ Any family member(s) who requests a physical exam on the same day >

Last Name(姓) First Name(名)	SEX (性別) ◯M ◯F	DOB (生年月日) (歳)	EXAM (パッケージ)	LAST PHY(最終健康診断受診日) 年 月 日
18歳以上の方；Emailアドレス				
Last Name(姓) First Name(名)	SEX (性別) ◯M ◯F	DOB (生年月日) (歳)	EXAM (パッケージ)	LAST PHY(最終健康診断受診日) 年 月 日
18歳以上の方；Emailアドレス				
Last Name(姓) First Name(名)	SEX (性別) ◯M ◯F	DOB (生年月日) (歳)	EXAM (パッケージ)	LAST PHY(最終健康診断受診日) 年 月 日
Last Name(姓) First Name(名)	SEX (性別) ◯M ◯F	DOB (生年月日) (歳)	EXAM (パッケージ)	LAST PHY(最終健康診断受診日) 年 月 日

*受診日時点の年齢をご記入ください。

★ 受診されないお子様を同伴される場合；お子様の人数と年齢をご記入ください（ ）

★ 婦人科検診ご希望の方；

子宮頸がん最終検査日：　年　月　日　検査実施場所：(◯日本・◯アメリカ・◯その他)

マモグラム最終検査日：　年　月　日　検査実施場所：(◯日本・◯アメリカ・◯その他)

★ 人間ドック結果レポートは、受診後1か月を目途にEmail添付でご本人様宛にお送りいたします。
18歳以上の方は上記に必ずEmailアドレスをご記入ください。

★ 郵送(USPS Priority Mail)ご希望の方は手数料$10をいただきます。 ☐ 手数料に同意して郵送を希望する

< ご請求先/Billing info >

◯ 会社負担/Employer　*会社負担の方は以下の情報を必ずご記入ください

COMPANY NAME (会社名):

BILLING ADDRESS (住所):

ATTN TO (担当者名):　**PHONE# 担当者電話番号:**

Email address(担当者連絡先)

◯ 自己負担/Self -pay （当日支払い）

◯ その他/Other （ ）

成人検診パッケージ （2023年7月1日改定料金）

成人検査項目	A	B	C	D	E	料金
医師の問診・診察・治療	★	★	★	★	★	
体重・身長・血圧・体脂肪測定	★	★	★	★	★	
視力・聴力検査	★	★	★	★	★	
血液検査 *	★	★	★	★	★	
尿検査	★	★	★	★	★	25
潜血便検査	★	★	★	★	★	77
心電図		★	★	★	★	100
胸部Ｘ線		★	★	★	★	125
胃透視バリウム検査			★	★	★	410
腹部超音波 (肝・胆・膵・腎・脾・大動脈など)				★	★	410
頚動脈超音波						600
甲状腺超音波						350
下肢超音波とカラードプラー						450
肺活量検査 (喫煙者推奨)					★	80
喀痰検査						140
寄生虫便検査						60
尿沈検査					★	60
ヘリコバクターピロリ菌					★	300
ウィルス肝炎抗体 (A・B・C型)					★	400
CEA・AFP・PSA (男性がんマーカー)					★	350
CEA・AFP・CA125 (女性がんマーカー)					★	350
PSA (前立腺がんマーカー) 40歳以上						100
血清鉄						30
血液型 (A・B・O・RH型)						50
HIV (エイズ) 検査						100
パッケージ料金	500	650	950	1350	2000	

人間ドック価格は2023年7月1日より改正されました。価格は予告なしに変更になることがありますので、ご了承ください。

*血液検査には血算、血糖値、コレステロール、電解質、腎・肝・胆機能、尿酸、グリコヘモグロビン、蛋白質、甲状腺、 CRPが含まれます。

婦人科検診パッケージ

（2023年7月1日改定料金）

• 保険請求

婦人科検診	W1	W2-A	W2-B	W3-A	W3-B	W4-A	W4-B	料金
子宮頸がん検査*	•	•	•	•	•	•	•	**保険請求**
乳房超音波**		★		★		★		**300**
マモグラム***			•		•		•	**保険請求**
子宮卵巣超音波				★	★	★	★	**400**
女性ホルモン						★	★	**240**
パッケージ料金	**保険請求**	**300**	**保険請求**	**550**	**400**	**720**	**620**	

上記の婦人科検診パッケージ料金は成人検診のいずれかのパッケージと併用された際の当院からの請求料金となっております。
婦人科検診のみをご希望の方は、別途診察料がかかります旨、ご了承ください。

*子宮頸がん検査は保険請求（もしくは自己負担）させていただきます。

**通常40歳未満の方には、乳房超音波をお勧めしております。（保険適用40歳以上）

***マモグラムをご希望の方は、別の機関で受けていただきます。ご予約は当院で承りますが、お支払いに関しましては、パッケージには含まれておりませんので必ず保険証をご予約のある医療機関にご提示ください。

小児科健康診断パッケージ

（2023年7月1日改定料金）

小児科検診	K1 (0〜3才)	K2 (4〜6才)	K3 (7〜8才)	K4 (9〜11才)	K5 (12〜17才)
医師の診察・問診・治療	★	★	★	★	★
身体測定 (体重・身長・血圧)	★	★	★	★	★
視力検査		★	★	★	★
聴力検査		★	★	★	★
尿検査		★	★	★	★
寄生虫卵便検査*			★		
血液算定				★	★
血液生化学検査					★
心電図			★	★	★
パッケージ料金	**160**	**250**	**350**	**350**	**400**

*寄生虫卵便検査キットを受診時にお渡ししますので、採取後に郵送ください。