

健康診断のご案内

- ◆ 対象者 豊島法人会の会員企業の皆様（従業員・パート・ご家族も含みます）
- ◆ 場所 アーバンハイツクリニック 豊島区巣鴨 1-16-2 アーバンハイツ巣鴨 B 棟 1 階
JR山手線「巣鴨駅」南口より徒歩 2 分、都営地下鉄三田線「巣鴨駅」南口より徒歩 2 分
- ◆ 実施期間 **年間を通していつでも受診できます。**（日・祝除く）
※事前のお申込みが必要です。

胃の検査は
追加料金なしで
胃カメラ
も選択できます!

時期によってご希望の日に予約が取れない場合がございます。予めご了承下さい。

- ◆ 申込方法 裏面の申込書にご記入の上、アーバンハイツクリニックへ FAX でお申込み下さい。
お申込み後、アーバンハイツクリニックよりご連絡致します。
- ◆ 健診コース・オプション検査と料金

健診コース	料金 (税込)	内 容
総合コース	35,200 円	総合Bコースのすべての検査と下記①～⑤の検査 ①胃部X線検査(バリウム)または内視鏡検査(胃カメラ、経口・経鼻選択)、 ②大腸癌検査(免疫学的便潜血反応検査)、③超音波検査(胆嚢・肝臓・膵臓・腎臓・脾臓)、 ④肝炎検査(HBs 抗原・抗体・HCV 抗体)、⑤腫瘍マーカー(CA19-9・CEA・AFP)
総合Aコース	19,800 円	総合Bコースのすべての検査と下記①②の検査 ①胃部X線検査(バリウム)または内視鏡検査(胃カメラ、経口・経鼻選択)、 ②大腸癌検査(免疫学的便潜血反応検査)
総合Bコース	15,400 円	問診、内科診察、身長、体重、BMI、腹囲、視力、眼底検査、眼圧検査、聴力、 血圧、尿検査(蛋白・糖・潜血)、胸部X線検査、肺機能検査、心電図検査、 血液検査(白血球・赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット・血小板数・MCV・MCH・MCHC)、 脂質異常検査(中性脂肪・総コレステロール・HDL コレステロール・LDL コレステロール)、 肝機能検査(総蛋白・総ビリルビン・A/G 比・アルブミン・GOT・GPT・γ-GTP・ALP・LDH・ZTT・TTT)、 糖代謝検査(空腹時血糖・A1c)、腎機能検査(クレアチニン・尿素窒素)、 痛風検査(尿酸)、膵機能検査(血清アミラーゼ)、血清検査(CRP)
基本定健	8,470 円	問診、内科診察、身長、体重、BMI、腹囲、視力、聴力、血圧、 尿検査(蛋白・糖・潜血)、胸部X線検査、心電図検査、血液検査(赤血球・ヘモグロビン)、 脂質異常検査(中性脂肪・総コレステロール・HDL コレステロール・LDL コレステロール)、 肝機能検査(GOT・GPT・γ-GTP)、糖代謝検査(空腹時血糖・A1c)
若年定健	2,970 円	問診、内科診察、身長、体重、BMI、視力、聴力、血圧、尿検査(蛋白・糖)、胸部X線検査 ※ 若年定健は 35 才・40 才以上は受診不可

オプション検査

前立腺癌検査	2,200 円	PSA 検査	
婦人科検査セット	6,050 円	乳癌検査(乳房超音波検査)、子宮癌検査(子宮内診、子宮頸部細胞診検査) ※乳癌検査のみ...3,780 円、子宮癌検査のみ...2,700 円	
内臓脂肪検査	2,200 円	CTIによる内臓脂肪測定	
骨密度検査	2,200 円	骨密度測定(DXA法)	
超音波検査	4,400 円	胆嚢・肝臓・膵臓・腎臓・脾臓	総合コースでは実施します。
肝炎検査	2,200 円	HBs 抗原・抗体・HCV 抗体	
胃部検査	9,900 円	胃部X線検査(バリウム)または 内視鏡検査(胃カメラ、経口・経鼻選択)	総合コース、総合Aコースでは 実施します。
大腸癌検査	1,210 円	免疫学的便潜血反応検査	
痛風検査	330 円	尿酸	総合コース、総合Aコース、 総合Bコースでは実施します。
腎機能検査	330 円	尿素窒素・クレアチニン	
眼底検査	1,232 円	眼底検査(両眼)	
眼圧検査	550 円	眼圧検査(緑内障検査)	

- 胃部X線検査(バリウム)は、追加料金なしで内視鏡検査(胃カメラ)に変更できます。(経口と経鼻、選択可能です。)
- 初めてアーバンハイツクリニックで受診される方は、前回受診された際のデータは出ません。
- 従業員・パート等の健診料金は福利厚生費として認められます。役員のみでは認められません。(詳しくは税務署法人課税部門へ)

全日本労働福祉協会(立教大学・サンシャイン文化会館)での健康診断も開催予定です。(3月・8月)

豊島法人会健診申込書

送信日 年 月 日

医療法人社団 絆 アーバンハイツクリニック 行

申込先 FAX : 03-3946-7527

※時期によってご希望の日に予約が取れない場合がございます。予めご了承下さいますようお願い致します。

(フリガナ) 事業所名		電話	
書類送付先	〒	FAX	
(フリガナ) 担当者名	所属部署	健診結果一覧の希望	する しない

希望のコース名・オプション検査に○をお願いします。

No	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	コース名	オプション検査	希望日 (第3希望まで)	備考
1	-----	男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	総 合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査 を受ける方は、いずれかに ○をお願いします。
				総 合 A	婦人科セット 胃 部		
				総 合 B	乳 癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超 音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	
2	-----	男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	総 合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査 を受ける方は、いずれかに ○をお願いします。
				総 合 A	婦人科セット 胃 部		
				総 合 B	乳 癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超 音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	
3	-----	男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	総 合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査 を受ける方は、いずれかに ○をお願いします。
				総 合 A	婦人科セット 胃 部		
				総 合 B	乳 癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超 音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	
4	-----	男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	総 合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査 を受ける方は、いずれかに ○をお願いします。
				総 合 A	婦人科セット 胃 部		
				総 合 B	乳 癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超 音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	
5	-----	男 女	大正 昭和 平成 年 月 日	総 合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査 を受ける方は、いずれかに ○をお願いします。
				総 合 A	婦人科セット 胃 部		
				総 合 B	乳 癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超 音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	

上記の情報は、受診票の作成・送付と健診結果報告、それに伴う統計等に使用し、それ以外に使用する事はありません。

※病院記入欄

5名以上のお申込みは、本申込書をコピーして下さい。

受付日

健診のお申込み・お問い合わせ先

(医社) 絆 アーバンハイツクリニック

電話 03-3946-6721

〒170-0002

豊島区巣鴨1-16-2

アーバンハイツ巣鴨B棟1階

