

メディカルスキャンニングFAX番号 **03-5157-7262**

MRI・CT 検査 予約申込書

●ご希望場所をお選び下さい

(○で囲む)

希望場所	1 渋谷 2 池袋 3 お茶の水 4 日暮里 5 浜松町 6 中野 7 東京 8 たまプラーザ
	9 第二溝の口 10 北浦和 11 新宿 12 立川 13 銀座 14 溜池山王 15 用賀 16 千葉
	17 大船 18 恵比寿 19 センター南 20 藤沢 21 自由が丘 22 武蔵小金井 23 大宮
	24 横浜 25 武蔵小杉 26 富士見台 27 経堂 28 町田 29 府中 30 新百合ヶ丘
	31 長津田 32 柏 33 川崎 34 向ヶ丘遊園 35 高円寺 36 巣鴨 37 練馬高野台
	38 目黒 39 川口 40 金沢八景

●ご希望検査メニューをお選び下さい(レ)

希望検査	<input type="checkbox"/> 脳ドック(脳 MRI,MRA + 頸部 MRA)	自己負担額 30,800 円
	<input type="checkbox"/> 肺ドック(マルチスライス CT)	自己負担額 12,650 円
	<input type="checkbox"/> 骨盤ドック(女性のみ(子宮・卵巣 MRI))	自己負担額 28,800 円
	<input type="checkbox"/> 上腹部 MRI(肝・胆・膵)+MRCP(すい胆管)	自己負担額 28,800 円
	<input type="checkbox"/> 前立腺 MRI	自己負担額 28,800 円
	<input type="checkbox"/> 腰椎 MRI	自己負担額 28,800 円
	<input type="checkbox"/> 頸椎 MRI	自己負担額 28,800 円

●ご希望日時をお選び下さい(朝:8:30~12:00 昼:12:00~16:00 夕:16:00~20:00)

第1希望日時	月 日 曜日	朝・昼・夕
第2希望日時	月 日 曜日	朝・昼・夕
受診者氏名	フリガナ	
	様 男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 才	
電話	日中連絡先 ()	
会社名	フリガナ	
被保険者記号・番号	記号	番号

●お取りできました予約日時・注意事項・地図等をお送りしますので送付方法を下記よりお選び下さい

予約確認書送付方法	FAX・普通郵便・不要
FAX	()
住所	〒
メールアドレス	

ご記入ありがとうございました。上記メディカルスキャンニングへFAXをお願い致します。

- ◎ 上記検査終了後、被保険者証記号・番号、受診者氏名、検査の種類等を東京都金属プレス工業健康保険組合にお知らせ致しますので、ご了承下さい。
- ◎ お問い合わせ TEL:03-5778-2905

決定日時

月 日 曜日 AM・PM 時 分から

場所 メディカルスキャンニング