

2023 年秋期二次検診ご案内・申込書

2023 年夏期在蘭日本人健康診断を受診された方は、次回実施される 2023 年秋期健康診断期間中に二次検診を受診することができます。二次検診では、再検査・経過観察を指示された項目の再検査（項目により補足的検査含む）及び追加検査が受けられます。ご希望により詳しい生活指導や健康相談も行います。

<日程・場所>

2023 年 11 月 16 日(木)・17 日(金), 19 日(日)~21 日(火)の 5 日間 ホテルオークラアムステルダム会議室
2023 年 11 月 18 日(土)のみ アムステルラント病院

* 病院では放射線科検査、二次検診尿検査（ウロビリノーゲン除く多項目試験紙検査・尿沈殿物の顕微鏡検査「尿沈渣」）、一部の受診者の血液検査を行い、それ以外の検査項目（血液検査含む）は主会場で実施します。

<費用>

結果報告書作成・送付を含む（オンライン）診察料 €150 + 検査料（下記参照）

受診をご希望の方は下記申込書にご記入の上、9 月 30 日(月)までにご送信ください。放射線科検査をお申し込みの場合は、放射線科検査申込用紙も併せてご提出いただく必要があります。申込書到着後 1 週間以内に請求書を送信しますので、届き次第受診費用をお振り込みください。入金確認後予約日時をお知らせし、PAID 印済み請求書を PDF ファイルで送信致します。振込み手続き後 1 週間経っても連絡が行かない場合はご一報ください。急な出張等業務上のやむをえない場合を除き、受診日時の変更はできません。いかなる場合も入金後の返金は致しません。

送信先・連絡先：六本木通りクリニック Eメール: kenkoshindan@mac.com

受診者名： (受診番号：) 申込年月日 2023 年 月 日

申し込み内容（番号を丸で囲む）： 1 検査・対面診察 2 検査・オンライン診察 3 対面生活指導・健康相談

検査項目・検査料（番号・記号を丸で囲む）

- 1 二次検診尿検査（試験紙検査、結果により尿沈渣） €150 2 大腸がん検診（2 回法便潜血検査） €150
3 血液検査（下記の A~G のセットから選ぶ）最初の 2 セット €150、次のセットより 1 セット €50
A 貧血 B 血球数 C 肝機能 D 脂質 E 腎機能・尿酸 F 糖尿病
4 心電図検査 €150 5 子宮頸がん検診 €150 6 胃検診（血中ペプシノーゲン測定） €100
7 前立腺がん検診（血中 PSA） €100 8 肝炎検査（B 型 HBs 抗原・C 型 HCV 抗体） €100
9 甲状腺機能検査（血中 FT4・TSH） €100 10 腹部超音波検査（乳房・心臓・骨盤臓器含まず） €300
11 胸部 X 線撮影 €150 12 乳がん検診（マンモグラフィ） €300

* 3 血液検査については診察の他に計測・血圧測定を実施（無料）。ただし、病院では実施不可。

* 3C 肝機能の追加検査として 8 肝炎検査（血液検査）と 10 腹部超音波検査を勧奨。

* 受診時妊娠中・妊娠の疑いありの場合、6 子宮頸がん検診・9 胸部 X 線撮影・11 マンモグラフィ不可。子宮頸がん検診は出産後 3 ヶ月以内、マンモグラフィは授乳中・中止後 3 ヶ月以内、過去 6 ヶ月以内に受けた場合も不可。

主会場予約希望日・時間帯（第 1~3 希望の時間帯に 1~3 と記入）

()16 日(木)午前 A ()16 日(木)午前 B ()17 日(金)午前 A ()17 日(金)午前 B
()17 日(金)午前午後 ()19 日(日)午前 A ()19 日(日)午前 B ()20 日(月)午前 A
()20 日(月)午前 B ()20 日(月)午後 ()21 日(火)午前 A ()21 日(火)午前 B

* 午前 A : 9:45~10:30, 午前 B : 10:45~11:30, 午後 : 14:00~15:30

* 血液検査は平日 10:00~12:00 に限られますので、主会場で受ける場合、午後・日曜は選ばないでください。

* 子宮頸がん検診、詳しい生活指導を含む健康相談のご予約については、各日の最終時間帯をお選びください。

二次検診尿検査 (1)・便検査 (2)・放射線科検査 (10~12) を（併せて）申し込む場合

1 二次検診尿検査: 来院を希望する時間 (8:30~16:00) をご記入ください 7 月 18 日(土)午前・午後____時____分頃

2 便検査: 対面診察をご予約（上記記入）またはオンライン診察で便検体のみの提出（別途相談）が可能です

10~12 放射線科検査: 別途ご提出いただく放射線科検査申込用紙の予約希望時間帯の欄にご記入ください

* 病院で受ける検査を（併せて）お申し込みの場合、土曜来院時に対面診察を予約することも可能です（別途相談）。

請求書宛名（いずれか選択）：企業名・個人名 _____

記入者名 _____ 企業名 _____

企業所在地（企業所在地での送付物受領が困難な場合は自宅住所と両方記入）：

EMAIL _____ TEL _____