

## 2024 年秋期二次検診ご案内・申込書

2024 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 2024 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（補足的検査含む）およ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>

2024 年 11 月 11 日(月)～15 日(金)の 5 日間ホテルオークラアムステルダム会議室

2024 年 11 月 16 日(土)のみアムステルラント病院

\* 病院で実施する検査は放射線科検査（胸部 X 線撮影・乳がん検診・腹部超音波検査）、二次検診尿検査（ウロビリノーゲンを除く多項目試験紙検査・尿沈殿物の顕微鏡検査「尿沈渣」）、放射線科検査同時申し込みの場合の血液検査のみとなります。

<費用>

結果報告書作成・送付を含む診察料・オンライン診察料 €200 + 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](mailto:kenkoshindan@mac.com)

受診者名： (受診番号： ) 申込年月日 2024 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～D のセットから選ぶ）最初の 1 セット €200、次のセットより 1 セット €100 |                                    |
| A 貧血・血球数  | B 肝機能                              |
| C 脂質・糖尿病  | D 腎機能・尿酸                           |
| 4 心電図検査 €200  | 5 子宮頸がん検診 €200                     |
| 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             |

\* 3A～D 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、病院は血圧測定のみ実施可。

\* 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）

( ) 11 日(月)午前 A	( ) 11 日(月)午前 B	( ) 11 日(月)午後	( ) 12 日(火)午前 A
( ) 12 日(火)午前 B	( ) 13 日(水)午前 A	( ) 13 日(水)午前 B	( ) 13 日(水)午後
( ) 14 日(木)午前 A	( ) 14 日(木)午前 B	( ) 15 日(金)午前 A	( ) 15 日(金)午前 B

\* 午前 A：9:15～9:45、午前 B：10:15～11:15、午後：14:15～15:15

\* 血液検査は平日 9:30～11:30 に限られるため主会場で受ける場合、午後不可

\* 子宮頸がん検診の予約は各日の最終時間帯を選択

\* 二次検診尿検査、対面生活指導・健康相談を申し込む場合は下記に記入

11 月 16 日(土) 病院予約希望時間帯（第 1～3 希望の時間帯に 1～3 と記入）

( ) 8:30～9:25	( ) 9:30～10:25	( ) 10:30～11:25	( ) 11:30～12:25
( ) 13:00～13:55	( ) 14:00～14:55	( ) 15:00～15:55	( ) 16:00～16:25

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 \_\_\_\_\_