



## 倉岡クリニック人間ドックについて

この度は、人間ドックに関するお問い合わせをありがとうございます。当医院では、日本とアメリカの最先端医療を心がけております。またご予約から検査結果まですべて日本語で承っておりますので安心して健診を受けることができます。是非、1年に1度の定期健診を倉岡クリニック人間ドックにて受けられることをお勧めします。

### 注意事項

前日の夜10時以降、飲食しないでください。妊娠されている方はその旨をお伝えください。

### 当日の流れ

当クリニックフロントにて受付を済ませた後、更衣室にて着替え。その後、採尿していただき、ドック専用待合室にて待機。順番に係りの者が呼びに来ます。

胃のバリウム検査、腹部・下腹部・乳房超音波、レントゲン等、全て倉岡クリニックにて行うことができます。（婦人科検診のマモグラム以外）

基本的にすべてのパッケージは午前中のみで終わります。また、マモグラム検査は他の病院での検査になるため、お車での移動が必要になります。（車で15分ほど）

### 検査結果

人間ドック検査結果は、一カ月を目処に、Email添付でご本人様宛にお送りいたします。

郵送（USPS Priority Mail）ご希望の方は、手数料\$10をいただきます。

再検査が必要な方は、外来の予約を後日お取りください。

### その他

パッケージ等の選択にお悩みの方、その他ご質問等がございましたら、お気軽にご相談ください。

---



# 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) <input type="checkbox"/> Male(男) <input type="checkbox"/> 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) (日本・アメリカ) 年 月 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

\*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) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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（2025年4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			★	★	★	450
腹部超音波(肝・胆・膵・腎・脾・大動脈など)				★	★	450
頸動脈超音波						600
甲状腺超音波						350
下肢超音波とカラードプラー						500
肺活量検査(喫煙者推奨)					★	90
喀痰検査						160
寄生虫便検査						70
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						45
<b>パッケージ料金</b>	<b>530</b>	<b>680</b>	<b>990</b>	<b>1430</b>	<b>2140</b>	

人間ドック価格は2025年4月1日より改正されます。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

(2025年4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				★	★	★	★	420
女性ホルモン						★	★	270
パッケージ料金	保険請求	300	保険請求	580	420	760	690	

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

(2025年4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。