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られることができます。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。ドック当日は、毎日服用されているお薬を検査が終わるまで飲まないでください。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、胃カメラ、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の上ご確認ください。

検査結果

人間ドック検査結果は、ご希望の送付先に郵送されます。再検査が必要な方は外来の予約を後日おとり下さい。（検査結果は１部のみ料金に含まれております。検査結果を２部以上必要とされる方は追加料金が必要となります。ご了承下さい。）

その他

パッケージ等の選択にお悩みの方、またその他何かご質問等がございましたら、人間ドック専門担当者まで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

1640 POWERS FERRY RD SE, BLDG. 30, SUITE 100, MARIETTA, GA 30067
Phone #: 770-980-0000 Fax#: 770-217-4164 Email: info@kuraokaclinic.com
www.kuraokaclinic.com

< 受診者情報/ Applicant's Info >

NAME (名前) First (名)	Last (姓)	DOB (生年月日) (歳)	SEX (性別) ■M □F
HOME ADDRESS (自宅住所)	APT.NO.	CITY (市)	STATE (州)	ZIP (郵便番号)
HOME PHONE (自宅)	CELL PHONE (携帯)	WORK PHONE (勤務先)	SSN (ソーシャルセキュリティー番号)
EMPLOYER (会社名)	EMAIL ADDRESS (Eメールアドレス)	
EMPLOYER'S ADDRESS (勤務先)	CITY (市)	STATE (州)	ZIP (郵便番号)
INSURANCE (保険会社名)*必ずご記入ください。			

1ST REQUEST (第1希望日)	希望開始時間：	2ND REQUEST	EXAM	
(曜日)		(第２希望日) (曜日)	(パッケージ)	

< 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 >

NAME (名前) First (名)	Last (姓)	SEX (性別)	DOB (生年月日)	EXAM (パッケージ)
		□M ■F	(歳)	
		□M ■F	(歳)	
		□M □F	(歳)	
		□M □F	(歳)	

*受診日時点の年齢をご記入ください。

< ご請求先/Billing info >

- ○ 自己負担/Self -pay （当日払い）
- ○ 会社負担/Employer
  *会社負担の方は、右記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Eメールアドレス):

- ○ その他/Other
  ( )

< 追加検査のご請求先/Billing info for add-on >

＊上記希望検査パッケージ項目以外の検査が追加で行われた場合

- ○ 自己負担 /Self-pay
- ○ 会社負担/Employer
- ○ 保険/Ins （保険会社名/Ins： ）

＊保険証提出必須。ご加入の保険内容により自己負担が発生する事がございます。

< 人間ドック結果送付先/Physical results mailing address > **(2nd physical results can be provided with a charge of $15)**

- ○ ご本人（ご家族の代表者）様・上記ご自宅住所 宛て/Send to Self (Family) at home address above
- ○ ご本人（ご家族の代表者）様・上記ご勤務先 宛て/Send to Self (Family) at work address above
- ○ ご勤務先担当者様 (Attn:)・上記勤務先 宛て/Send to third party at work address above
- ○ その他/Others （ ）

＊送付先は2つ以上選択可能ですが、報告書2セット目から1セットにつき15ドルの手数料を頂きます。ご了承ください。

＊個人様以外へのご送付をご希望する場合は、この申込書をもってRelease Formとさせていただきます。
/This application is a medical release consent if and when you choose to send the physical results to a 3rd party.

倉岡クリニック　人間ドック検査項目表

1640 Powers Ferry Rd. SE Building 30 Marietta, GA 30067 ◇ Tel: (770) 980-0000

成人検診パッケージ

成人検査項目	A	B	C1	C2	D1	D2	E1	E2	料金
医師の問診・診察	★	★	★	★	★	★	★	★	
体重・身長・血圧・体脂肪測定	★	★	★	★	★	★	★	★	
視力・聴力検査	★	★	★	★	★	★	★	★	
血液検査 *	★	★	★	★	★	★	★	★	
尿検査	★	★	★	★	★	★	★	★	
潜血便検査	★	★	★	★	★	★	★	★	
心電図		★	★	★	★	★	★	★	
胸部Ｘ線		★	★	★	★	★	★	★	
胃透視バリウム検査			★		★		★		450
胃カメラ（経鼻）				★		★		★	800
腹部超音波(肝・胆・膵・腎・脾・大動脈など)					★	★	★	★	450
頚動脈超音波									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									62
パッケージ料金	**530**	**680**	**990**	**1300**	**1430**	**1730**	**2140**	**2410**	

人間ドック価格は2026年1月1日より改正します。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。
婦人科のマモグラム以外の検査は全て当院で行われます。（マモグラムのご予約は当院でお取りいたします。）

倉岡クリニック　人間ドック検査項目表

1640 Powers Ferry Rd. SE Building 30 Marietta, GA 30067 ◇ Tel: (770) 980-0000

婦人科検診パッケージ

婦人科検診	W1	W2	W3	W4	料金
子宮頸がん検査	★	★	★	★	120
乳房超音波*　（マモグラム**）		★	★	★	260
子宮卵巣超音波			★	★	420
女性ホルモン				★	270
パッケージ料金	120	340	680	860	

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料金です。

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。

*W2・W3・W4 を選択された方は、乳房超音波による乳がん検診となります。

（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

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	★	★	★	★	★
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ご受診前に郵送いたしますので、採取の上当日ご持参ください。