

# 血管しなやか度テスト受診申込書(血管動脈硬化テスト)

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ 様 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (満 \_\_\_\_\_ 才)

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

当院を受信した事が \_\_\_\_\_ ある (受診カード No \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ない

受診希望日時

第1希望 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日午後 \_\_\_\_\_ 時頃

第2希望 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日午後 \_\_\_\_\_ 時頃

受診希望コース

血管しなやか度テスト A (FMD+PWV/ABI 2,940 円税込み 30 分程度)

血管しなやか度テスト B (FMD+PWV/ABI+超音波 CVSE 11,655 円税込み 1 時間程度) 当院推奨

血管しなやか度テスト C (FMD+PWV/ABI+超音波 8,690 円～30,820 円 50 分～2 時間程度)

各種超音波検査 (オプションエコー) 下記よりお選び下さい

- ・頸動脈超音波 (5,750 円税込み 15 分程度)
- ・心臓超音波 (8,715 円税込み 30 分程度)
- ・腎動脈超音波 (7,665 円税込み 20 分程度)
- ・下肢動脈超音波 (5,750 円税込み 30 分程度)

\*複数選択可

(医) 社団延山会 西成病院

Tel : 011-681-9321 Fax:011-681-9250