

2021 立達診所個檢預約單

填寫日期： 年 月 日 時間：

姓名	_____小姐/先生	身份證號 (護照號碼)		
	英文：_____	出生日期	(西元)	
(請填寫與護照相同之英文姓名)		部門(職稱)		
公司名稱		E-Mail		
健檢日	2021 年 月 日	傳 真	婚 姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚
	(H)	緊急連絡人	姓名：	
	(O) _____ 分機		電話：	
行動電話：				
郵寄地址				
套餐項目	A. 尊榮全方位 \$59,800 元 ◆X光 二擇一： <input type="checkbox"/> 腹部 X 光數位攝影 <input type="checkbox"/> 腰椎 X 光數位攝影：側面 (二擇一) <input type="checkbox"/> 保胃癌篩 <input type="checkbox"/> 護心癌篩		繳費方式：	
	B. 進階捍衛 \$29,800 元 ◆X光 二擇一： <input type="checkbox"/> 腹部 X 光數位攝影 <input type="checkbox"/> 腰椎 X 光數位攝影：側面 (二擇一) <input type="checkbox"/> 全面保胃 <input type="checkbox"/> 全面護心 <input type="checkbox"/> 護心舒眠 <input type="checkbox"/> 心臟彩色超音波檢查 <input type="checkbox"/> 頸動脈彩色超音波檢查 (二擇一) ◆<全面護心、護心舒眠>： <input type="checkbox"/> 腸道免疫健康評估 <input type="checkbox"/> 認知功能檢測(二擇一)		<input type="checkbox"/> 現場付現 <input type="checkbox"/> 現場刷卡 <input type="checkbox"/> 傳真刷卡 <input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> 匯款 <input type="checkbox"/> 已付日期：_____	
	C. 健康守護 \$19,800 元 ◆請擇一：男性： <input type="checkbox"/> 攝護腺數位超音波檢查 <input type="checkbox"/> 雙部位骨質密度檢查 (二擇一) ◆請擇一：女性： <input type="checkbox"/> 甲狀腺數位超音波檢查 <input type="checkbox"/> 雙部位骨質密度檢查 (二擇一) <input type="checkbox"/> 腸胃道 ◆請擇一： <input type="checkbox"/> 無痛胃 <input type="checkbox"/> 無痛大腸鏡 (二擇一) <input type="checkbox"/> 心血管 ◆請擇一： <input type="checkbox"/> 心臟彩色超音波檢查 <input type="checkbox"/> 頸動脈彩色超音波檢查 (二擇一) ◆請擇一： <input type="checkbox"/> 動脈硬化評估 (ASI) <input type="checkbox"/> 心電心音檢查 (二擇一) ◆請擇一： <input type="checkbox"/> 認知功能檢測 <input type="checkbox"/> 新陳代謝基因檢測 (二擇一)		總金額：_____	
	D. 公務人員套餐 <input type="checkbox"/>\$8,000 元 <input type="checkbox"/>\$16,000 元 請擇一 <input type="checkbox"/> 消化道 <input type="checkbox"/> 心血管 <input type="checkbox"/> 婦科 ◆8000 消化道 請擇一： <input type="checkbox"/> 痛胃 <input type="checkbox"/> 大腸鏡 (二擇一) ◆16000 心血管請擇一： <input type="checkbox"/> 同半胱氨酸 <input type="checkbox"/> 原生 B 型利納利尿尿-增加 (二擇一) 以上各方案女性： <input type="checkbox"/> 乳房 X 光攝影 <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查 (二擇一)		用餐： <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> 雞 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 海鮮粥(五擇一) <input type="checkbox"/> 白飯 <input type="checkbox"/> 五穀飯 <input type="checkbox"/> 稀飯 (三擇一) 禁忌：_____	
加選項目	其它優惠項目：(健檢加選其它功能醫學相關檢測九折起)： <input type="checkbox"/> 腸道菌群基因檢測 (Microbiota) <input type="checkbox"/> 視力保健基因檢測 <input type="checkbox"/> 224 項慢性食物過敏源分析 <input type="checkbox"/> 新陳代謝基因檢測...等 (詳細內容可請教您的健管師) <input type="checkbox"/> 電腦斷層_____ <input type="checkbox"/> 核磁共振 全身+腦血管 <input type="checkbox"/> 其它：參考加選單 \$19,800 方案以上無特殊需求者，會採用溫和且口感較佳的保可淨瀉藥			
備註 (注意事項)	請勾選下列狀況(如有不適或疾病史，請詳細勾選及填寫，以供評估無痛麻醉)*疾病史： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 氣喘(3個月內曾發作過) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 肝腎疾病*藥物或保健品： <input type="checkbox"/> 抗凝血劑(如 Aspirin...等) <input type="checkbox"/> 魚油 <input type="checkbox"/> 銀杏 <input type="checkbox"/> 人參 <input type="checkbox"/> 紅麴*其他注意事項：_			