

☆青色申告会の集団健康診断☆

「青色ドック」



受診申込書

足立青色申告会

TEL 03-3881-8211

FAX 03-3881-8215

- ・事業主様はもちろんご家族の方、従業員の方もお気軽にお申込みください！
- ・セット割引は全部で4種類★（肝炎検査、超音波検査、甲状腺検査、腫瘍マーカー）

【実施日】 令和2年4月10日（金） 【実施会場】 足立青色申告会（足立区千住旭町44-15）
 ※男性は9時から女性は10時半頃からの診察となります。 ※駐車場はございません

【お申込み】・・・お申込み締切日平成31年3月16日（月）
 本申込書のご希望の検査項目の「受診」欄に○印を記入し、申告会へFAX、または直接ご連絡ください。

【検査容器の発送について】
 ◎全ての受診者に尿検査用の容器を送付しますので(約10日前)、当日自宅で採取し、ご持参ください。
 ◎選択検査(オプション)にある☆印の検査は、事前に検査容器をお送りしますので(約10日前)、ご自身で検体を採取の上、当日その容器をお持ちいただきます。



- ① B型肝炎とC型肝炎を両方受診すると、合計金額から700円の割引になります。(3,000円)
- ② 腹部と乳腺の超音波検査を両方受診すると、合計金額から1,000円の割引になります。(7,200円)
- ③ 肝臓がん・膵臓がんの腫瘍マーカーを両方受診すると、500円の割引になります。(2,100円)
- ④ 甲状腺血液検査と甲状腺超音波検査を両方受診すると1,000円の割引になります。(5,100円)
- ⑤ バリウムを飲まずに、胃内部の検査を行います。
- ⑥ 選択検査のみの受診はできません。 ⑦ ※印の検査は、標準検査で採取する血液から検査します。

| 標準コース | | 料金 | 受診 | |
|-------------|---|--------|--------|--------------------|
| 標準検査 | 医師の問診・身長・体重測定 BMI・腹囲測定 視力検査・聴力検査・尿検査 血圧測定・血液検査・血栓アミラーゼ検査 CRP検査・胃部血液特殊検査 心電図検査・胸部X線撮影 ピロリ菌検査 腫瘍マーカー 2種類 →全員：胃がん 男性：肺がん/女性：乳がん | 13,000 | | |
| | 前立腺検査 【男性】 ※ | 2,600 | | |
| | エストロゲン検査 【女性】 ※ | 2,100 | | |
| | 喀痰検査 ☆ | 2,500 | | |
| | 便潜血反応検査（2回法） ☆ | 1,600 | | |
| | 眼底検査 | 2,600 | | |
| | B型肝炎検査 ※ | 1,600 | 肝炎セット | |
| | C型肝炎検査 ※ | 2,100 | 3,000 | |
| | 腹部超音波検査 | 5,100 | 超音波セット | |
| | 乳線超音波検査 【女性】 | 3,100 | 7,200 | |
| 選択検査（オプション） | 骨粗しょう症検査 | 2,300 | | |
| | 腫瘍マーカー ※ | 肺がん | 1,300 | 腫瘍マーカーセット 2,100 |
| | | 肝臓がん | 1,300 | |
| | | すい臓がん | 1,300 | |
| | 子宮・卵巣がん（女性） | 2,600 | | |
| | 甲状腺血液検査 | 3,000 | 甲状腺セット | |
| | 甲状腺超音波検査 | 3,100 | 5,100 | |

| 簡易コース | | 料金 | 受診 | |
|--------------|---|----------|-----------------|------------------------|
| 標準検査 | 医師の問診・身長・体重測定 BMI・腹囲測定 視力検査・聴力検査・尿検査 血圧測定・血液検査 心電図検査・胸部X線撮影 | 8,500 | | |
| | 前立腺検査 【男性】 ※ | 2,600 | | |
| | エストロゲン検査 【女性】 ※ | 2,100 | | |
| | 喀痰検査 ☆ | 2,500 | | |
| | 便潜血反応検査（2回法） ☆ | 1,600 | | |
| 選択検査（オプション） | 眼底検査 | 2,600 | | |
| | ピロリ菌検査 | 1,600 | | |
| | B型肝炎検査 ※ | 1,600 | 肝炎セット 3,000 | |
| | C型肝炎検査 ※ | 2,100 | | |
| | 腹部超音波検査 | 5,100 | 超音波セット 7,200 | |
| | 乳線超音波検査 【女性】 | 3,100 | | |
| | 骨粗しょう症検査 | 2,300 | | |
| | 腫瘍マーカー ※ | 肺がん | 1,300 | 腫瘍マーカー セット 2,900 |
| | | 乳がん 【女性】 | 1,300 | |
| | | 肝臓がん | 1,300 | |
| 胃がん | | 1,300 | | |
| すい臓がん | 1,300 | | | |
| 子宮・卵巣がん 【女性】 | 2,600 | | | |
| 甲状腺血液検査 | 3,000 | 甲状腺セット | | |
| 甲状腺超音波検査 | 3,100 | 5,100 | | |

(7カガ) 【性別】 男 女
【お名前】
【生年月日】 年 月 日

【ご住所】 ※健診結果及び検査容器の発送先です。
 〒 ()
 TEL: ()
【合計】 円