

青色ドック申込書

会員名 _____ 会員番号 _____ 電話 () _____
 携帯 () _____
 住所 〒 _____

健診者氏名 フリガナ		氏名 フリガナ	氏名 フリガナ	氏名 フリガナ	氏名 フリガナ	氏名 フリガナ
性別 (○をお付け下さい)		男・女	男・女	男・女	男・女	男・女
生年月日 (S:昭和 H:平成 該当時代に○をお付け下さい)		S H 年 月 日	S H 年 月 日	S H 年 月 日	S H 年 月 日	S H 年 月 日
年 齢		歳	歳	歳	歳	歳
(標準健診コース、簡易健診コース)の選択 (○をお付け下さい)		標・簡	標・簡	標・簡	標・簡	標・簡
選択検査項目の有無 (○をお付け下さい)		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
選択検査項目		ご希望の選択検査項目に○をお付けください。				
①前立腺検査 (男性のみ)		2600				
②エストロゲン検査 (女性のみ)		2100				
③喀痰検査		2500				
④便潜血反応検査 (青色共済加入者)		無 料				
(青色共済非加入者)		1000				
⑤眼底検査		2600				
⑥ピロリ菌検査 (簡易コースのみ)		1600				
肝 炎	⑦B型肝炎検査 ●	1600				
	⑧C型肝炎検査 ●	2100				
	【●セット】B型肝炎+C型肝炎	3000				
⑨骨粗しょう症検査		2300				
超 音 波	⑩腹部超音波検査★	5100				
	⑪乳腺超音波検査★ (女性のみ)	3100				
	【★セット】腹部検査+乳腺検査 (女性のみ)	7200				
腫 瘍 マーカ ー	⑫肺がん腫瘍マーカー (標準コース男性除く)	1300				
	⑬乳がん腫瘍マーカー (簡易コース女性のみ)	1300				
	⑭肝臓がん腫瘍マーカー ◆◆	1300				
	⑮胃がん腫瘍マーカー ◆ (簡易コースのみ)	1300				
	⑯すい臓がん腫瘍マーカー ◆◆	1300				
	⑰子宮・卵巣がん腫瘍マーカー (セット) (女性のみ)	2600				
	【◆◆セット】肝臓+すい臓がん	2100				
甲 状 腺	⑱甲状腺血液検査 ▲	3000				
	⑲甲状腺超音波検査 ▲	3100				
	【▲セット】血液+超音波	5100				
合計金額 (円) (標準コース、もしくは簡易コースの健診料+選択検査の健診料)						
青色共済加入の有無		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
健診希望時間 (以下よりお選び下さい)						
9:00 9:15 9:30 9:45 10:00 10:15 10:30 10:45 11:00 11:15 11:30		時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
事務局使用欄						

健診希望日 6 月 日 健診者総数 _____人 健診料総額 _____円