

選択検査（希望者のみ選択）

検査 選 択 ・ オ プ シ ョ ン	検査項目	検査方法	検査説明	金額	セット割引
	前立腺検査（男性）	血液	前立腺ガン・前立腺肥大 前立腺炎などの病気の有無	3,100円	
	エストロゲン検査（女性）	血液	更年期障害	2,600円	
	喀痰検査	痰採取	肺ガンの疑いの有無	3,100円	
	便潜血反応検査	便採取	大腸ガン・直腸ガンの疑いの有無	2,100円	
	眼底検査	撮影	網膜・糖尿病による目の病気	3,100円	
	●B型肝炎検査	血液	肝臓ガンの原因	1,700円	3,500円 (700円割引)
	●C型肝炎検査	血液	慢性肝炎・肝臓ガンの原因	2,500円	
	骨粗しょう症検査	超音波	骨粗しょう症	3,100円	8,200円 (1,000円割引)
	★腹部超音波検査	超音波	肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓の検査	5,600円	
	★乳腺超音波検査（女性）	超音波	乳腺症・しこり、乳がんまでの早期発見	3,600円	
	腫瘍マーカー（肺がん）	血液	肺がんの可能性選別検査	1,600円	2,700円 (500円割引)
	◇腫瘍マーカー（肝臓がん）	血液	肝臓がんの可能性選別検査	1,600円	
	◇腫瘍マーカー（すい臓がん）	血液	すい臓がんの可能性選別検査	1,600円	
	腫瘍マーカー（子宮・卵巣がん）	血液	子宮・卵巣がんの可能性選別検査	2,700円	

※ 便潜血反応検査の採取方法は、2本の容器に2日分の採便となります。

※ ● ★ ◇ は、セットで受診される場合は割引があります。

※申込期限は4月28日（木）となっております！！

健康診断受診申込書

青色共済加入の方は10%割引となります。（※加入者本人のみ割引）

受診日 5月16日（月） ・ 5月17日（火） いずれかに○印をご記入して下さい。

検査結果・検査容器の発送先住所 _____

申込者氏名 _____ 電話 _____

受診される項目に○印をご記入下さい。

受診者 氏名	性別	青色共済加入	標準検査	前立腺検査	エストロゲン検査	喀痰検査	便潜血反応検査	眼底検査	B型肝炎検査	C型肝炎検査	骨粗しょう症検査	腹部超音波検査	乳腺超音波検査	腫瘍マーカー				
														肺がん	肝臓がん	すい臓がん	子宮・卵巣がん	
			○															
			○															
			○															
			○															
			○															

