

# 青色ドック申込書

会員名 \_\_\_\_\_ 会員番号 \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

		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
健診者氏名 フリガナ											
性別 (○をお付け下さい)		男・女	男・女	男・女	男・女	男・女	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 <sub>H</sub> 年 月 日	S <sub>H</sub> 年 月 日	S <sub>H</sub> 年 月 日	S <sub>H</sub> 年 月 日	S <sub>H</sub> 年 月 日	S <sub>H</sub> 年 月 日	S <sub>H</sub> 年 月 日	S <sub>H</sub> 年 月 日	S <sub>H</sub> 年 月 日	S <sub>H</sub> 年 月 日
年齢		歳	歳	歳	歳	歳	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	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	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)		3300									
②エストロゲン検査 (女性のみ)		2700									
③喀痰検査		3200									
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		3300									
⑥ピロリ菌検査 (簡易コースのみ)		2000									
肝炎	⑦B型肝炎検査 ●	2000									
	⑧C型肝炎検査 ●	2700									
	【●セット】B型肝炎+C型肝炎	3900									
⑨骨粗しょう症検査		2700									
超音波	⑩腹部超音波検査★	6200									
	⑪乳腺超音波検査★ (女性のみ)	3800									
	【★セット】腹部検査+乳腺検査 (女性のみ)	9000									
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 ▲	3600									
	⑲甲状腺超音波検査 ▲	3800									
	【▲セット】血液+超音波	6500									
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	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									
事務局使用欄		時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分

健診希望日 7月 日 健診者総数 \_\_\_\_\_人 健診料総額 \_\_\_\_\_円