



『青色ドック申込書 (FAX用) 』

FAX:03(3393)2864 [公社]杉並青色申告会 行

事業主名	(ふりがな) お名前		
ご住所	〒 ー		
ご連絡先	【事業所】 ()-()-() 【携帯電話】 ()-()-()		
受診される方	(ふりがな) お名前	性別	年齢
		男・女	才

○をつけてください		受診料金	○印
基本検査	青色共済 加入	12,500円	
	青色共済 未加入	14,000円	

選択検査 (ご希望の検査に○をつけてください) * 選択検査のみの受診はできません		○印
①前立腺検査 (男性のみ) 血液検査にてがん・前立腺肥大・炎症を調べます	2,600円	
②エストロゲン検査 (女性のみ) 卵巣や卵黄機能異常を調べます	2,100円	
③喀痰検査 肺がんや結核等の有無を調べます	2,500円	
④便潜血反応検査 消化管からの出血の有無を調べます	1,600円	
⑤眼底検査 目の病気だけでなく、血管の状態から動脈硬化なども発見できます	2,600円	
⑥B型肝炎検査 HBVの感染の有無を調べます	1,600円	
⑦C型肝炎検査 HCVの感染の有無を調べます	2,100円	
⑧骨粗症検査 超音波にて検査します	2,300円	
⑨腹部超音波検査 胆嚢・肝臓・すい臓・脾臓・腎臓の5臓器の病変を調べます	5,100円	両方受診した場合 合計7,200円
⑩乳線超音波検査 (女性のみ) 乳腺の病気 (がんや良性疾患等) を調べます	3,100円	
⑪肺がん腫瘍マーカー (女性のみ)	1,300円	
⑫肝臓がん腫瘍マーカー	1,300円	
⑬膵臓がん腫瘍マーカー	1,300円	
⑭子宮・卵巣がん腫瘍マーカー (女性のみ)	2,600円	
受診料金 (基本検査 + 選択検査①~⑭) 合計		円

※複数名分お申込みされる場合はコピーをお取りいただくか、お電話にてお申込み下さい。