



# 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		会員番号: (会で記入)	
受診者名	ふりがな お名前	生年月日	年齢	性別
		昭和 平成	年 月 日	歳 男・女
住所	〒 -			
電話番号	( ) - ( ) - ( ) ※繋がりがやすいお電話番号をご記入下さい			

抜けないようご記入下さい

どちらかに○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
検査名	内容	詳細	金額	
①前立腺	血液	血液検査にてがん・前立腺肥大・炎症を調べます	男性のみ 2,600円	
②エストロゲン	血液	卵巣の機能異常を調べます	女性のみ 2,100円	
③喀痰	痰	肺がんや結核等の有無を調べます ※事前採取	2,500円	
④便潜血反応	便	消化管からの出血の有無を調べます ※事前採取	加入者 無料 1,000円	
⑤眼底	眼	目の病気、血管の状態から動脈硬化等を調べます	2,600円	
⑥B型肝炎	血液	HBVの感染の有無を調べます	1,600円	
⑦C型肝炎	血液	HCVの感染の有無を調べます	2,100円	
★⑥⑦肝炎検査 両方受診			★ 3,000円	
⑧骨粗症	血液	骨密度、骨粗鬆症等のリスクを調べます	2,300円	
⑨腹部超音波	超音波	5臓器の病変を調べます	5,100円	
⑩乳線超音波	超音波	乳腺の病気(がんや良性疾患等)を調べます	女性のみ 3,100円	
★⑨⑩超音波検査 両方受診			★ 7,200円	
⑪甲状腺血液	血液	甲状腺の働き(亢進症・低下症)を調べます	3,000円	
⑫甲状腺超音波	超音波	甲状腺の腫瘍・嚢胞などを調べます	3,100円	
★⑪⑫甲状腺検査 両方受診			★ 5,100円	
⑬肺がん腫瘍マーカー	血液		女性のみ 1,300円	
⑭肝臓がん腫瘍マーカー			1,300円	
⑮膵臓がん腫瘍マーカー			1,300円	
★⑭⑮腫瘍マーカー 両方受診			★ 2,100円	
⑯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①~⑯) 合計			円	

※複数名分お申込みされる場合はコピーをお取り下さい。

2023.1.30