



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	〒 -		
ご連絡先	【事業所】	() - () - ()	
	【携帯電話】	() - () - ()	
受診される方	ふりがな	性別	年齢
	お名前	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) 卵巣の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 事前採取が必要です	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 事前採取が必要です	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	両方受診した場合 合計3,000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) 乳線の病気(がんや良性疾患等)を調べます	3,100円		
⑪甲状腺血液検査 甲状腺の働き(亢進症・低下症)をチェック	3,000円	両方受診した場合 合計5,100円	
⑫甲状腺超音波検査 甲状腺の腫瘍・嚢胞などの発見	3,100円		
⑬肺がん腫瘍マーカー(女性のみ) 男性は基本検査に入っています	1,300円		
⑭肝臓がん腫瘍マーカー	1,300円	両方受診した場合 合計2,100円	
⑮膵臓がん腫瘍マーカー	1,300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いただくか、お電話にてお申込み下さい。

基本検査内容	
医師問診	問診と 聴診器での心雑音確認
身体・血圧測定	BMI値やメタボチェック、高血圧など
視力・聴力検査	視力・聴力の検査
心電図検査	心疾患の疑いの有無
胸部X線撮影	肺・心臓の疾患の有無
尿検査	糖尿、尿タンパク、尿潜血の値
血液検査	肝機能、腎機能、糖代謝、脂質、貧血など ピロリ菌：胃潰瘍等の原因菌 CRP：炎症の有無 血清アミラーゼ：膵臓病の発見 胃部血液特殊検査：粘膜の状態 腫瘍マーカー：胃がん、肺がん(男)、乳がん(女)