



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 お 名 前	生 年 月 日	年 齢	性 別
			歳	男・女

○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 血液検査にて検査します	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	