



青色ドック申込書（FAX用）

FAX：03（3393）2864

（公社）杉並青色申告会 行

会員名	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 昭和 平成	年 齢 歳	性 別 男・女
住所	〒			
電話番号	() - () - () ※繋がりのやすいお電話番号をご記入下さい			

抜けが無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	14,500円	
	青色共済 未加入	16,000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 3,300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 2,700円	
③喀痰	痰	肺がんや結核等の有無を調べます ※事前採取	3,200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 1,000円 無料	
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	3,300円	
⑥B型肝炎	血液	HBVの感染の有無を調べます	2,000円	
⑦C型肝炎	血液	HCVの感染の有無を調べます	2,700円	
★⑥⑦肝炎検査 両方受診			★ 3,900円	
⑧骨粗症	血液	骨密度、骨粗鬆症等のリスクを調べます	2,700円	
⑨腹部超音波	超音波	5臓器の病変を調べます	6,200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 3,800円	
★⑨⑩超音波検査 両方受診			★ 9,000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	3,600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	3,800円	
★⑪⑫甲状腺検査 両方受診			★ 6,500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	

希望日：	月	日	希望時間	第一希望	第二希望	第三希望
------	---	---	------	------	------	------