

### 定期健診申込書

※定期健診は、35歳未満または健保未加入の方が対象です。

#### 【定期健診受診者名簿】

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	_____
ご担当者様	_____
電話番号	( _____ )
FAX番号	( _____ )

【定期健診】料金：10,549円(税込)

【オプション(税込)】

検査項目	
診察	問診・診察
身体計測	身長・体重・標準体重 BML・腹囲測定
血圧	血圧測定
視力	視力測定(裸眼or矯正)
聴力	オーディオメータ (1000Hz 4000Hz)
尿検査	糖・蛋白 ウロビリノーゲン・潜血
血液一般	白血球数・赤血球数 血色素量・ヘマトクリット値
脂質	総コレステロール・中性脂肪 HDL・LDLコレステロール
肝機能	GOT・GPT・γ-GTP・ALP
腎機能	クレアチニン・eGFR値・尿酸
糖尿	血糖
心電図	安静時12誘導
エックス線	胸部エックス線撮影

コード	検診および料金
A	胃がん検診 5,060円
B	大腸がん検診 1,188円
C	肝炎ウイルス検査(HBs抗原+HCV抗体) 3,740円
D	子宮がん検診 3,740円
E	乳がん検診 6,182円
F	子宮がん頸がん+乳がん検診 9,922円
	付加健診 11,110円
G	【項目】 尿沈査・血小板・末梢血液像・総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・アミラーゼ・LDH 眼底検査・肺機能検査 腹部超音波検査
H	腹部超音波検査 5,830円
I	グリコヘモグロビンA1c 539円
J	喀痰細胞診 3,740円
K	眼底検査(両眼) 1,232円
L	PSA(前立腺特異抗原)男性のみ 2,981円
M	CA125(子宮・卵巣がん等)女性のみ 3,168円
N	骨密度検査(DXA法) 4,950円
O	血管年齢検査 2,200円

No.	フリガナ氏名	性別	生年月日	定期健診10,549円	追加オプション	希望日時
1		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
2		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
3		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
4		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
5		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
6		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
7		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
8		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
9		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
10		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		