

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：9,610円(税別)

【オプション(税別)】

検査項目	
診察	問診・診察
身体計測	身長・体重・標準体重・BMI・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・ウレノゲン・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・血小板数
脂質	総コレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロールまたはnon-HDL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 6,810円
B	大腸がん検診 1,080円
C	肝炎ウイルス検査(HBs抗原+HCV抗体) 3,340円
D	子宮がん検診 3,200円
E	乳がん検診 5,620円
F	子宮がん検診+乳がん検診 8,820円
G	付加健診 10,100円 【項目】 尿沈査・(血小板数)・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 5,300円
I	グリコヘモグロビンA1c 490円
J	喀痰細胞診 3,200円
K	眼底検査(両眼) 1,120円
L	PSA(前立腺特異抗原) 男性のみ 2,650円
M	CA125(子宮・卵巣がん等) 女性のみ 2,800円
N	ABC検診(ヘリコバクター・ヒト抗体検査、ヘプシニン検査) 4,800円
O	骨密度検査(DXA法) 4,500円
P	血管年齢検査 2,000円

No.	フリガナ		性別	生年月日	定期健診 9,610円	追加 オプション	希望日時
	氏名						
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		