

記入例見本

オプション検査申込書

申込日をご記入ください。

申込日：令和5年10月1日

太枠内を記入の上、健診受診日の一週間前までに、①〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1

又は②電話（097-532-2167）でお願いいたします。

※健診日当日のお申込みは、通常料金になりますので、

- 健診受診日をご記入ください。
- 受診者情報をご記入ください。
- 連絡先は携帯等連絡のとれるものをご記入ください。

健康診断 受診日	令和5年12月13日	会社名 (勤務先)	株式会社 ○○○○
フリガナ	シエン タロウ	生年月日	昭和 平成・西暦 33年3月3日生
氏名	支援 太郎	性別	男・女
性別	男・女	電話番号	(日中に連絡がとれる電話番号をご記入願います。) 090 - 1234 - 5678

※次の一覧表のなかから希望する「検査項目」について、「受診希望」欄にチェック(✓)をつけてください。

種別	N o	検査項目	料金 (税込)	受診希望	種別	N o	検査項目	料金 (税込)	受診希望	
超音波 (エコー)	1	腹部超音波検査	4,910円	✓	リス ク 検 査	20	胃リスク (PG+ピロリ)	2,750円		
	2	頸動脈超音波検査	2,970円			21	コロジック (大腸がん)	15,400円		
	3	乳房超音波検査	2,920円			22	ロックス (脳梗塞、 脳出血)	11,800円		
	4	踵骨超音波検査(骨密度測定)	1,450円			23	MCIス ラス	22,600円		
がん 検 診	5	乳がん検診 (マンモグラフィ1方向撮影)	4,060円		アレ ル ギ ー 検 査	24	花粉症バ ック	4,500円		
	6	乳がん検診 (マンモグラフィ2方向撮影)	5,810円			25	鼻炎バ ック	4,500円		
	7	子宮頸がん検診 (細胞診検査)	4,010円			26	皮膚炎バ ック	4,500円		
	8	子宮頸がん検診 (細胞診とHPV検査併用)	6,980円			27	精密ブラ ンチ(39項目)	10,000円		
	9	尿細胞診検査	1,180円			セ ッ ト プ ラ ン	28	腎・泌尿器 (尿細胞診+尿沈渣)	1,390円	
10	CA125 (卵巣、子宮)	1,600円		29	甲状腺 (TSH+FT4)		2,340円			
11	CA19-9 (消化器(膵臓))	1,390円		30	肝炎ウイルス (HBs抗原+HCV抗体)		2,040円			
12	A F P (肝臓)	1,200円								
13	C Y F R A (シフラ) (肺がん)	1,880円								
腫瘍 マ ー カ ー	14	P r o - G R P (肺がん)	1,880円		そ の 他		31	便中ヘリコバクター ピロリ抗原	1,500円	✓
	15	P S A (前立腺)	1,890円							
	16	C E A (消化器)	1,200円		季 節 限 定		32	インフルエンザ予防接種 (検診とセット)	2,500円	
	17	C A 1 5 - 3 (乳がん)	1,360円							
	18	男性用パック (CEA・シフラ・PSA)	3,300円							
	19	女性用パック (CEA・CA15-3・ シフラ)	2,800円							

「希望する検査項目に✓印をご記入ください。」