

集団健康診断申込書と一緒にご送付ください

太枠内をご記入ください

申込日：令和 年 月 日

受診予定日：令和 年 月 日

## 集団健康診断 オプション検査申込書 No.1

採血 No. \_\_\_\_\_

事業所名		所属名	
フリガナ		生年月日	S・H . .
氏名		性別	男 女

ご希望の検査の希望欄に○をご記入ください。(すべて当日採血した血液で検査ができます。)

検査名	検査項目	検査内容	料金(税込)	希望欄
腫瘍マーカー	CEA	大腸・胃・肺・膵臓癌等のチェック	2,200 円	
	AFP	肝癌・慢性肝炎・肝硬変等のチェック	2,200 円	
	CA19-9	膵臓癌・胆道癌・胆石・胆管炎等のチェック	2,750 円	
	シフラ	肺癌のチェック	3,300 円	
	PSA	前立腺癌・前立腺肥大・前立腺炎等のチェック	2,200 円	
	CA125	卵巣癌・子宮癌等のチェック	2,750 円	
	CA15-3	乳癌(進行性・再発性)等のチェック	2,200 円	
腫瘍マーカーセット	共通4項目	CEA・AFP・CA19-9・シフラ	9,900 円	
	男性5項目	CEA・AFP・CA19-9・シフラ・PSA	12,100 円	
	女性3項目	CEA・CA125・CA15-3	6,600 円	
	女性6項目	CEA・AFP・CA19-9・シフラ・CA125・CA15-3	14,850 円	
肝炎	HCV抗体	C型肝炎ウイルスに感染したことがあるかのチェック	2,750 円	
	HBs抗原	B型肝炎ウイルスに感染しているかのチェック		
胃検査	ヘリコバクターピロリ	ピロリ菌に感染しているかのチェック	2,750 円	
	ペプシノゲン	胃の粘膜の状態をチェック	2,750 円	
	ABC検査※	胃がんのリスク検査(ピロリ菌+ペプシノゲン)	4,950 円	
心不全	NT-proBNP	心不全検査	2,200 円	
甲状腺	TSH・F-T3・F-T4	甲状腺機能検査	7,700 円	
アレルギー検査 39項目		検査できる項目は別紙をご覧ください	14,300 円	
新型コロナウイルス抗体検査		新型コロナウイルスに対する抗体を持っているかを調べる検査	3,300 円	

※ABC検査は胃を切除している方、ピロリ菌の除菌歴がある方は正確な検査結果が得られないためお申込みいただけません。

一般社団法人メディカルチェック  
TEL 026-222-3115  
FAX 026-222-3117

集団健康診断申込書と一緒にご送付ください

太枠内をご記入ください

申込日：令和	年	月	日
受診予定日：令和	年	月	日

## 集団健康診断 オプション検査申込書 No.2

採血 No. \_\_\_\_\_

事業所名		所属名	
フリガナ		生年月日	S・H . .
氏名		性別	男 女

ご希望の検査の希望欄に○をご記入ください。(事前申込が必要な検査です)

検査項目	検査内容	料金(税込)	希望欄
眼底検査	動脈硬化、高血圧、糖尿病などによる血管変化の情報を得ることができます。	1,320 円	
眼圧検査	緑内障や網膜剥離など眼の病気の発見に不可欠な検査です。	1,320 円	
腹部超音波検査	画像診断検査 (腎臓・膵臓・肝臓・胆嚢・脾臓)	5,500 円	
大腸がん検査	消化管の出血を見つける検査です。肉眼ではわからない少量の出血でも検出することができます。	1,100 円	
子宮がん検査	細胞診検査 (自己採取)	2,200 円	
肺がん検査	喀痰細胞診 (自己採取)	2,750 円	
歯周病検査	歯肉溝バイオマーカー検査	3,300 円	

一般社団法人メディカルチェック

TEL 026-222-3115

FAX 026-222-3117