

健康診断（青色ドック）のおすすめ

日 時 4月26日（水）

時 間 男性 9：00～10：40 女性 11：10～

会 場 （一社）四谷青色申告会2階会議室

- 検査内容 ※1 簡易検査（医師問診・血圧測定・尿検査・心電図検査・胸部X線撮影・視力・聴力
・血液検査（貧血等・肝臓病等・脂質代謝等の詳細検査除く）
※2 標準検査（医師問診（計測・腹囲測定）・血圧測定・尿検査・心電図検査・胸部X線撮影・視力・聴力
胃部血液特殊検査・血液検査・血清アミラーゼ検査・CRP・ピロリ菌検査・腫瘍マーカー
（男女共通：胃ガン、男性：肺ガン、女性：乳ガン）

【選択検査（希望受診者のみ・**選択検査だけの受診はできません。**）】

- ①前立腺検査（前立腺ガン・前立腺肥大・前立腺炎、**血液検査**）※男性のみ
②エストロゲン検査（更年期障害の早期対策、**血液検査**）※女性のみ
③喀痰検査（肺ガン検査、**痰の採取による検査**）
④検便検査（大腸ガン・直腸ガン検査、**便の採取による検査**）
⑤眼底検査（高血圧・動脈硬化・糖尿病、**眼底撮影による検査**）
⑥B型肝炎検査（肝炎ウィルス検査、**血液検査**）
⑦C型肝炎検査（肝炎ウィルス検査、**血液検査**）
⑧骨粗しょう症検査（骨密度検査、**血液検査**）
⑨腹部超音波検査（肝臓・胆のう・腎臓・脾臓・肺臓の画像検査、**超音波検査**）
⑩乳線超音波検査（乳癌・乳腺炎等の画像検査、**超音波検査**）
⑪腫瘍マーカー6種（①肺②乳③肝臓④胃⑤膵臓⑥子宮・卵巣がん、**血液検査**）
⑭甲状腺血液検査（甲状腺の働き（亢進症・低下症）を調べます。**血液検査**）
⑮甲状腺超音波検査（甲状腺の肥大・腫瘍・嚢胞等を調べます。**超音波検査**）

受診料

※1 簡易検査	1人	10,000円	（共済会員は 8,000円）
※2 標準検査	1人	14,000円	（共済会員は 10,000円）
前立腺検査	1人	2,500円	※男性のみ
エストロゲン検査	1人	2,000円	※女性のみ
喀痰検査	1人	2,500円	
検便検査	1人	1,500円	検査料金を¥1,000 値下げしました!!
眼底検査	1人	2,500円	
B型肝炎検査	1人	1,500円	
C型肝炎検査	1人	2,500円	
骨粗鬆症検査	1人	2,000円	
腹部超音波検査	1人	5,000円	
乳腺超音波検査	1人	3,000円	※女性のみ
腫瘍マーカー	1種類	1,300円	※女性のみ 子宮・卵巣がん 2,600円
甲状腺血液検査	1人	3,000円	
甲状腺超音波検査	1人	3,100円	

※費用は当日会場で頂きます。尚、共済会員の皆様の受診料につきましては特別料金となっております。

申込方法 申込書に必要事項をご記入のうえ、お申し込みください。（ご持参・FAX 又は電話でも可）

申込締切 4月 11日（火）検査時間の関係で先着40名迄とさせていただきます。

※裏面の申込書に御記入ください。

受診日 4月26日(水)

申込書

事業主名 _____

氏名 生年月日 (西暦)	男 女	住所	電話	簡易 検査	標 準	前立 腺	エスト ロゲン	喀痰	検便	眼底	B型 C型	骨粗 しょう 症	腹部 ・ 乳線	腫瘍 マー カー ①～ ⑥	甲状 腺血 液検 査	甲状 腺超 音波 検 査
年 月 日	男 女	〒									B C		腹部 乳線			
年 月 日	男 女	〒									B C		腹部 乳線			
年 月 日	男 女	〒									B C		腹部 乳線			
年 月 日	男 女	〒									B C		腹部 乳線			
年 月 日	男 女	〒									B C		腹部 乳線			
年 月 日	男 女	〒									B C		腹部 乳線			

◎受診希望項目欄に○印をつけて下さい。(腫瘍マーカー欄は、①～⑥の数字をご記入下さい。)

尚、喀痰・検便検査を受診される方は、後日郵送される封筒(大腸癌検査依頼書)と容器に必ず御名前を記入して下さい。

◎検診は予約受付順で行います。時間前に来訪されても予約の方を優先させていただきますので、何卒ご了承ください。尚、検診時間の都合が合わないときはお電話で御連絡ください。