

人間ドック【自費】 ・ 被扶養者ドック

《検査項目》	被扶養者ドックB		《検査項目》	被扶養者ドックB	
	被扶養者ドックA	人間ドック(自費)		被扶養者ドックA	人間ドック(自費)
	30,240円 (税抜28,000円)	37,800円 (税抜35,000円)		30,240円 (税抜28,000円)	37,800円 (税抜35,000円)
既往歴および業務歴の調査	○	●	痛風検査(尿酸)	○	●
自他覚症状の有無	○	●	貧血検査(ヘマトクリット・血色素量・赤血球数・白血球数・血小板数・血液像)	○	●
身長・体重・腹囲測定・BMI	○	●	貧血検査(MCV・MCH・MCHC)		●
視力・聴力検査	○	●	梅毒検査(TPHA)		●
血圧測定	○	●	炎症性反応(血沈・CRP・ASO)		●
肺機能検査	○	●	眼底検査	○	●
尿検査(糖・蛋白・潜血・沈渣)	○	●	胸部X線検査	○	●
脂質検査(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)	○	●	胃部X線検査	○	●
肝機能検査(AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・ALP・LDH・総ビリルビン・総蛋白・アルブミン)	○	●	心電図検査	○	●
肝機能検査(ZTT・HBs抗原)		●	便潜血検査(2日法)	○	●
膵機能検査(アミラーゼ)	○	●	腹部超音波検査	○	●
腎機能検査(クレアチニン・e-GFR)	○	●	婦人科(乳房視触診)	○	●
糖尿病検査(空腹時血糖・HbA1c)	○	●	婦人科(子宮頸がん内診)		●
			腫瘍マーカー(PSA)男性のみ		●

◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありせん。

《申込方法》 受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号		事業所ご担当者	
保険者番号		保険証の記号	

調査票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください。

住所/支店・営業所名	〒		
電話番号		送付先ご担当者	

健康保険証の番号	フリガナ	性別	生年月日 和暦を○で囲んでください	受診予約日	希望のコースを ○で囲んでください		
	お名前			受付時間	被扶養者ドックA	被扶養者ドックB	人間ドック(自費)
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	A	B	人間ドック(自費)
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	A	B	人間ドック(自費)
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	A	B	人間ドック(自費)