

健診／オプション検査 申込表

所属先	コース	受診日
フリガナ	生年月日	
氏名 様	性別/年齢 ／ 歳	勤務先

No.	選択	コース	料金(税別)	消費税	小計
1	<input type="checkbox"/>	健診1（法定）	¥7,500	¥600	¥8,100
2	<input type="checkbox"/>	健診2（簡易）	¥3,000	¥240	¥3,240
3	<input type="checkbox"/>	健診3（フルコース）	¥10,000	¥800	¥10,800

No.	選択	検査項目	料金(税別)	消費税	小計
1	<input type="checkbox"/>	胃カメラ	¥16,000	¥1,280	¥17,280
2	<input type="checkbox"/>	HbA1c	¥500	¥40	¥540
3	<input type="checkbox"/>	腎機能・尿酸	¥500	¥40	¥540
4	<input type="checkbox"/>	甲状腺	¥5,000	¥400	¥5,400
5	<input type="checkbox"/>	便潜血（2回法）	¥2,000	¥160	¥2,160
6	<input type="checkbox"/>	胃ABC	¥6,000	¥480	¥6,480
7	<input type="checkbox"/>	尿素呼気試験	¥8,000	¥640	¥8,640
8	<input type="checkbox"/>	骨密度	¥2,000	¥160	¥2,160
9	<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー7種／男性	¥12,000	¥960	¥12,960
10	<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー8種／女性	¥13,600	¥1,088	¥14,688
11	<input type="checkbox"/>	CEA	¥2,000	¥160	¥2,160
12	<input type="checkbox"/>	CA19-9	¥2,000	¥160	¥2,160
13	<input type="checkbox"/>	AFP	¥2,000	¥160	¥2,160
14	<input type="checkbox"/>	PIVKA-II	¥2,000	¥160	¥2,160
15	<input type="checkbox"/>	PSA	¥2,000	¥160	¥2,160
16	<input type="checkbox"/>	CA125	¥2,000	¥160	¥2,160
17	<input type="checkbox"/>	CA15-3	¥2,000	¥160	¥2,160
18	<input type="checkbox"/>	SCC	¥2,000	¥160	¥2,160
19	<input type="checkbox"/>	CYFRA	¥2,000	¥160	¥2,160
20	<input type="checkbox"/>	NT-proBNP	¥2,000	¥160	¥2,160
21	<input type="checkbox"/>	リウマトイド因子	¥1,000	¥80	¥1,080
22	<input type="checkbox"/>	HBs抗原	¥1,000	¥80	¥1,080
23	<input type="checkbox"/>	HBs抗体	¥1,000	¥80	¥1,080
24	<input type="checkbox"/>	HCV抗体	¥2,000	¥160	¥2,160
25	<input type="checkbox"/>	梅毒反応TPHA	¥500	¥40	¥540
26	<input type="checkbox"/>	梅毒反応RPR	¥500	¥40	¥540
27	<input type="checkbox"/>	麻疹抗体	¥2,200	¥176	¥2,376
28	<input type="checkbox"/>	風疹抗体	¥2,200	¥176	¥2,376
29	<input type="checkbox"/>	水痘帯状疱疹抗体	¥2,200	¥176	¥2,376
30	<input type="checkbox"/>	ムンプス抗体	¥2,200	¥176	¥2,376
31	<input type="checkbox"/>	HIV1,2抗体	¥3,000	¥240	¥3,240
32	<input type="checkbox"/>	血液型	¥3,000	¥240	¥3,240

※ 希望される健診／オプション検査の選択欄 □ にチェックしてください。