

事業所健診 (A・B・C)、深夜業務健診 申込書

様

この度は、健康診断のお申し込みをいただき、ありがとうございます。健診当日になるべくお待たせしないために、事前準備をいたします。下記の表に、健診ご利用者の方の利用希望日・ご氏名・性別・生年月日・住所・健診コースのご記入をお願いします。ご予約をスムーズにお取りするために記入漏れのないようご協力をお願いいたします。

| | | |
|------|------|-------|
| 事業所名 | ご住所 | |
| | 電話番号 | ご担当者様 |

| 希望日 | ふりがな 氏名 | 性別 | 生年月日 | 住所 | 健診コース |
|---------|------------|-----|-----------------|----|----------|
| 月 日 () | | 男・女 | 西暦 年 月 日(歳) | | A・B・C・深夜 |
| 月 日 () | | 男・女 | 西暦 年 月 日(歳) | | A・B・C・深夜 |
| 月 日 () | | 男・女 | 西暦 年 月 日(歳) | | A・B・C・深夜 |
| 月 日 () | | 男・女 | 西暦 年 月 日(歳) | | A・B・C・深夜 |
| 月 日 () | | 男・女 | 西暦 年 月 日(歳) | | A・B・C・深夜 |
| 月 日 () | | 男・女 | 西暦 年 月 日(歳) | | A・B・C・深夜 |
| 月 日 () | | 男・女 | 西暦 年 月 日(歳) | | A・B・C・深夜 |
| 月 日 () | | 男・女 | 西暦 年 月 日(歳) | | A・B・C・深夜 |

下記①～③について、該当の項目にチェックをお願いします。その他ご希望に応じますのでお問い合わせください。
※③結果の控えを希望された場合、コピー代として1部につき10円(税込)を追加で請求させていただきます※

| ① 費用について | ② 結果について | ③ 結果の控えについて | ※ご希望の場合 1部毎10円 |
|---|---|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 健診費用は当日窓口払い | <input type="checkbox"/> 健診結果は個人に送付 | <input type="checkbox"/> 健診結果(控)を会社用に希望する | |
| <input type="checkbox"/> 健診費用は会社にまとめて請求 | <input type="checkbox"/> 健診結果は会社にまとめて送付 | <input type="checkbox"/> 健診結果(控)を会社用に希望しない | |

<健診項目および健診料金>

| 健診コース | | A | B | C | 深夜 |
|------------------|----------------|--------|--------|---------|--------|
| 身体計測 | 身長・体重・血圧・問診・診察 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 腹囲測定 | × | ○ | ○ | ○ |
| 視力・聴力検査 | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 尿検査 | 蛋白・糖・ウロビリ・潜血 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 胸部レントゲン | 直接撮影 | ○ | ○ | ○ | × |
| 血液検査 | 血液一般 | × | ○ | ○ | × |
| | 肝機能 | × | ○ | ○ | × |
| | 脂質 | × | ○ | ○ | × |
| | 血糖 | 血糖値 | × | ○ | ○ |
| HbA1C | | × | × | ○ | × |
| 心電図 | | × | × | ○ | × |
| 健診料金(税込み(税率10%)) | | 6,160円 | 9,240円 | 10,120円 | 5,170円 |

〒731-5115
広島市佐伯区八幡東
3-11-29

*Aコース(34歳以下・36～39歳)・Cコース(35歳・40歳以上)は、労働安全衛生法に基づく定期健診診断内容です。

*オプション検査等については別途お問い合わせください。



生協さえき病院
電話(082)926-4511
FAX(082)926-4522

生協さえき病院でできる健診料金一覧表

■オプション検査■

| 検査項目 | | (税10% 税込価格) | |
|-------------------|-------------------------------------|-------------|---------|
| | | 組合員 | 一般 |
| 腫瘍マーカー | CEA・CA19-9 (消化器系) | 2,970円 | 4,180円 |
| | エラスターゼ (膵臓系) | 2,200円 | 3,080円 |
| | PSA (前立腺) | 2,200円 | 3,190円 |
| 腫瘍マーカーセット | マーカーセット① (エラスターゼ+PSA) | 2,970円 | 4,180円 |
| | マーカーセット② (CEA・CA19-9+エラスターゼ) | 3,300円 | 4,840円 |
| | マーカーセット③ (CEA・CA19-9+PSA) | | |
| | マーカーセット④ (CEA・CA19-9+エラスターゼ+PSA) | 4,400円 | 6,270円 |
| ペプシノゲン | | 1,430円 | 2,040円 |
| 肺(胸部)CT | | 11,330円 | 16,170円 |
| 喀痰検査 | | 3,410円 | 4,730円 |
| 頸動脈エコー(超音波検査) | | 2,750円 | 3,850円 |
| 骨密度検査(DEXA法) | | 3,520円 | 4,950円 |
| 脈波検査 | | 990円 | 1,430円 |
| 胃カメラ検査 ※1※2 | | 11,660円 | 16,720円 |
| 胃カメラ検査+心電図(単独)※2 | | 13,090円 | 18,150円 |
| 病理組織検査 | | 6,600円 | |
| バリウム/胃透視検査 | | 10,450円 | 14,850円 |
| 腹部エコー(超音波検査) | | 4,180円 | 5,830円 |
| 歯科検診 | | 880円 | 1,100円 |
| 甲状腺エコー(超音波検査) | | 2,750円 | 3,850円 |
| 内臓脂肪検査 | 内臓脂肪CT・Aコース (腹部CT) | 3,300円 | 5,500円 |
| | 内臓脂肪CT・Bコース (腹部CT+血液検査)※3 | 6,240円 | 9,690円 |
| 心電図 | | 1,430円 | |
| 貧血検査(特定健診にのみ追加可能) | | 330円 | |
| 眼底検査 | | 1,320円 | |
| 便潜血検査 | | 1,650円 | |
| 肺機能検査(スパイログラフィー) | | 3,630円 | |
| 胸部レントゲン | | 2,310円 | |
| 視力検査 | | 770円 | |
| 聴力検査(オーディオメーター) | | 1,210円 | |
| 便細菌培養検査 | | 3,740円 | |
| 虫卵検査 | | 550円 | |

※1 心電図のあるコースへ胃カメラを追加される場合の料金です。(事業所健診コース・被爆者二世健診等)

※2 胃カメラ検査には心電図検査を伴います。検査中、医師の判断で病理組織検査を行う場合があります。

※3 血液検査は、血糖・T-CHO・HDL-CHO・LDL-CHO・TG・HbA1c