

健康診断申込書（個人用）

お客様記入欄

※受診日まで余裕を持ってご提出いただきますようお願いいたします。

住所 〒		TEL	
		FAX	
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	大正 昭和 平成
希望月日	月 日	→	<input type="checkbox"/> 電話予約済 <input type="checkbox"/> 電話はしていない
青森市の住民健診のがん検診等を同日に受診しますか？ → <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
↓希望する健診項目を選んで、○をご記入ください。			※料金はいずれも税込表示です。
法定健診 8,580円	身体計測（身長 体重 BMI） 理学的検査 血圧測定 尿検査 視力検査 聴力検査 心電図検査 腹囲測定 胸部X線撮影（結核検診） 血液検査 ※内容は下記 ・赤血球数 ・血色素量 ・ヘマトクリット値 ・白血球数 ・クレアチン ・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 ・AST(GOT) ・ALT(GPT) ・γ-GT ・血糖		
	↓以下は単品でお選びいただけます。		
<input type="checkbox"/>	胸部X線撮影（結核検診）	1,650円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	前立腺検査（腫瘍マーカー）	2,200円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	肺がん検診・読影（デジタル撮影）	2,475円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	心電図検査	1,650円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	喀痰検査 ※肺がん検診受診時のみ可能	2,750円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	身体測定（身長、体重、BMI）	220円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	胃がん検診（胃部X線撮影）	8,800円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	視力検査	220円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	大腸がん検診（便潜血検査）	1,870円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	聴力検査	440円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	乳がん検診（40～59歳） <small>マンモグラフィ 2方向</small>	5,500円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	尿検査（4項目）	495円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	乳がん検診（60歳～） <small>マンモグラフィ 1方向</small>	3,960円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	骨密度測定	2,200円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	子宮がん検診（頸部細胞診）	4,620円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	腹部超音波	5,500円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	腸内細菌 5項目	1,650円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	眼底検査（両眼）	1,320円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	腸内細菌証明書発行 1通	1,650円	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	眼底・眼圧（両眼）	2,255円	<input type="checkbox"/>
●その他の検査項目やご要望はこちらの欄にご記入ください。			
お支払方法	当日現金でお支払いいただきます 合計 _____ 円 → 領収書宛名：		

受付時間

午前8時～9時30分の間にお越しください。婦人科検診の受付時間は午後12時30分～13時30分です。

お問合せ

公益財団法人 青森県総合健診センター センター健診課

〒030-0962 青森県青森市佃2丁目19-12 TEL 017-741-2336 FAX 017-741-2386