

# オプション検査申込書

巡回

一般財団法人船員保険会

横浜リーフみなとみらい健診クリニック

Yokohama Leaf Minatomirai Health Care Clinic

受診日

※ 20 年 月 日

号車

※ 車

受診番号

※

下記の太枠の中を黒のボールペンでご記入ください。

フリガナ(氏名)										性別		年齢					
<input type="text"/>										<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="text"/> 歳					
氏名										生		年		月		日	
<input type="text"/>										TS		HR		<input type="text"/> 年		<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	

希望される検査項目の申込欄にV印を記入してください。

オプション検査料金は、当日個人払いとなりますのでご了承ください。

No.	申込欄	バーコード	検査内容	項目	料金(消費税込)
①	<input type="checkbox"/>		腸内フローラ【NEW】	FloraScan	13,200円 (1200)
②	<input type="checkbox"/>		骨検査(胸部X線による骨粗鬆症リスク検査)	胸部X線	3,300円 (300)
③	<input type="checkbox"/>		甲状腺機能検査	TSH・FT4	3,300円 (300)
④	<input type="checkbox"/>		胃粘膜萎縮検査	ペプシノゲン	1,760円 (160)
⑤	<input type="checkbox"/>		ヘリコバクター・ピロリ菌検査	HP抗体	2,860円 (260)
⑥	<input type="checkbox"/>		胃健康度チェック(④+⑤)	ペプシノゲン+HP抗体	4,400円 (400)
⑦	<input type="checkbox"/>		心不全検査	NT-proBNP測定	3,300円 (300)
⑧	<input type="checkbox"/>		B型肝炎検査	HBs抗原	1,540円 (140)
⑨	<input type="checkbox"/>		C型肝炎検査	HCV抗体	1,980円 (180)
⑩	<input type="checkbox"/>		慢性腎臓病検査	シスタチンC	2,200円 (200)
⑪	<input type="checkbox"/>		糖尿病リスク検査	1.5AG	1,650円 (150)
⑫	<input type="checkbox"/>		超悪玉コレステロール	sd LDLcho検査	3,300円 (300)
⑬	<input type="checkbox"/>		脳梗塞・心筋梗塞発症リスク検査【関東のみ】	LOX-index	13,200円 (1200)
⑭	<input type="checkbox"/>		血液型検査	ABO・Rh	1,100円 (100)
⑮	<input type="checkbox"/>		女性ホルモン検査	E2・FSH	3,300円 (300)
⑯	<input type="checkbox"/>		アレルギー反応テスト(View39)	吸入系抗原・食餌系抗原	13,200円 (1200)
⑰	<input type="checkbox"/>		大腸がん検査【要予約】	便潜血2日法	1,760円 (160)
⑱	<input type="checkbox"/>		消化器系腫瘍マーカー検査	CEA	1,760円 (160)
⑲	<input type="checkbox"/>		肝臓がん腫瘍マーカー検査	AFP	1,760円 (160)
⑳	<input type="checkbox"/>		すい臓疾患検査	エラスターゼ1・CA19-9	4,180円 (380)
㉑	<input type="checkbox"/>		前立腺がん検査	PSA	2,200円 (200)
㉒	<input type="checkbox"/>		腫瘍マーカー検査男性セット(⑱+⑲+⑳+㉑)	CEA+AFP+エラスターゼ1/CA19-9+PSA	8,800円 (800)
㉓	<input type="checkbox"/>		腫瘍マーカー検査女性セット(⑱+⑲+⑳+㉓)	CEA+AFP+エラスターゼ1/CA19-9+CA125	8,800円 (800)
㉔	<input type="checkbox"/>		卵巣がん検査【ROMA値】	CA125・HE4・ROMA	3,300円 (300)
㉕	<input type="checkbox"/>		卵巣がん検査	CA125	2,200円 (200)
※ 合 計					※

※印は記入しないで下さい。  
◎価格は全て税込価格です。

その他の検査	<input type="text" value="88888"/>	<input type="text"/>	確認者名	受領者名
	<input type="text" value="88888"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

+

+