

フリガナ		性 別	生 年 月 日		
氏 名		男 ・ 女	平成・昭和・大正	年	月 日

◆ この申込書は、《健康診断申込書》と同時にFAXしてください。

【 全て税込価格 】

検 査 項 目	金 額	申込	検 査 項 目	金 額	申込
眼底検査	10% 1,300円		腹部超音波検査	10% 5,610円	
眼圧検査	10% 1,070円		胃 X 線検査	10% 8,900円	
ABC検査	10% 4,190円		便潜血検査（二日法）	10% 1,140円	
骨密度検査	10% 2,000円		P S A （前立腺）	10% 2,100円	
腫瘍マーカーセット①	10% 4,780円		腫瘍マーカーセット②	10% 3,340円	
アレルギー A	10% 2,090円		アレルギー B	10% 5,240円	
Wiewアレルギー 3 9	10% 11,000円		食物アレルギー 1 6	10% 8,800円	
青森市 乳がん 青国 （ 4 0 歳代）	10% 1,020円		青森市 胃がん 青国	10% 510円	
青森市 乳がん 青国以外 （ 4 0 歳代）	10% 1,430円		青森市 胃がん 青国 以外	10% 1,020円	
青森市 乳がん 青国 （ 5 0 歳代）	10% 1,020円		青森市 大腸がん 青国	10% 0円	
青森市 乳がん 青国以外 （ 5 0 歳代）	10% 1,430円		青森市 大腸がん 青国 以外	10% 510円	
青森市 乳がん 青国 （ 6 0 歳代）	10% 0円		青森市 子宮がん 青国	10% 510円	
青森市 乳がん 青国以外 （ 6 0 歳代）	10% 410円		青森市 子宮がん 青国 以外	10% 1,020円	

※青森市乳がん・子宮がん検診は今年度偶数年齢になる方のみ受診可能です。