



追加！ 標準検査項目がリニューアル！

- ・ピロリ菌検査
- ・CED（消化器がん腫瘍マーカー）



家族のために受けよう健康診断

秋の

青色ドック

従業員の
福利厚生に



年に一度の
身体チェック



所要時間
約 60 分

受診内容によって異なります



女性向け
オプション
も充実



標準
検査

青色共済加入の方

12,000 円

未加入の方

15,000 円

※ 9 月までに青色共済にお申込み頂いた方は、標準検査 12,000 円で受診できます。

日時：平成 28 年 10 月 17 日（月）

9 時～ 12 時

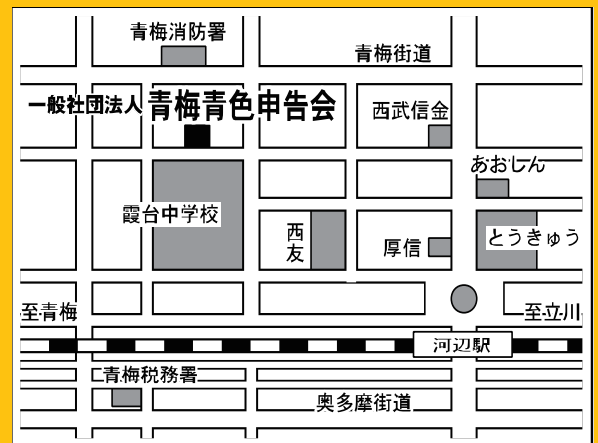
場所：青梅青色申告会 3F

申込締切：10 月 7 日（金）

お問合せTEL：0428-23-0108（青梅青色申告会）

駐車場の利用台数には限りがございます。青色ドック開催日は混雑が予想されますので、公共交通機関又は近隣の有料駐車場のご利用をお願い致します。

ご理解・ご協力をお願い申し上げます。



青色ドック 検査内容



標準検査

～受診されるすべての方にお受けいただく検査です～

検査項目	検査方法	検査の説明
医師問診	-	医師による問診、聴診を行います
身長・体重測定	-	身長と体重を測定します
BMI	-	BMIは体重だけではわからない肥満度を表す国際基準です
血圧測定	血圧	水銀計にて測定します。高血圧は、自覚症状が出にくく、心疾患や脳血管疾患の原因となります
尿検査	尿	試験紙にて、尿糖、尿たんぱく、尿潜血の値を調べます
心電図検査	電極	心臓から出る電気信号を波形として記録し、その信号の乱れから心臓の病気の兆候などを読み取ります
胸部X線撮影	X線	肺がんや結核などの肺の病気のほか、心臓の病気の疑いの有無を調べます ※妊婦又は妊娠の可能性のある方は受診できません
胃部血液特殊検査	血液	血液検査にて胃の粘膜の萎縮を調べ、がんが発生しやすい状態かどうか調べます ※ペプシノゲン方式
血液検査	血液	血液の成分から肝機能、腎機能、糖代謝、脂質等の異常を調べます
視力・聴力検査	視力計・ヘッドホン	裸眼あるいは矯正視力(メガネ、コンタクト)での視力検査と、聴力の検査を行います
腹囲測定	メジャー	メタボ検診として、おへその高さで腹囲を測定します
CRP	血液	血液中の成分から体内における急性の炎症や細胞の破壊を調べます
ピロリ菌検査	血液	胃がん、胃潰瘍の原因となるピロリ菌の存在の有無を調べます
腫瘍マーカー(男女各2種類)	血液	血液検査にて、全員：胃がん、男性：肺がん、女性：乳がんを調べます

オプション検査

～ご希望の方のみ別料金でお受けいただく検査です～

検査項目	検査方法	料金	検査の説明
前立腺検査(男性)	血液	2,600円	血液検査のPSA値にてがん、前立腺肥大、炎症などを調べます
エストロゲン検査(女性)	血液	2,100円	卵巣や卵黄機能異常を調べます。副腎や下垂体の異常で変化がみられることもあります
喀痰検査	痰採取	2,500円	肺がんや結核等の有無を調べます
便潜血反応検査	便採取	1,600円	消化管からの出血の有無を調べます。大腸の疾患でも陽性反応が認められます
眼底検査	撮影	2,600円	目の病気だけではなく、血管の状態から動脈硬化なども発見できます
B型肝炎検査	血液	1,600円	HBVは母子感染、性行為にて感染し、肝臓がんの原因ともなります
C型肝炎検査	血液	2,100円	HCVは輸血、血液製剤などで感染し、肝硬変を経て肝臓がんになりやすいです
骨粗しょう症検査	超音波	2,300円	超音波にて測定します。閉経後の女性は骨の密度が少なくなり、骨粗しょう症になりやすいです
腹部超音波検査	超音波	5,100円	胆嚢、肝臓、すい臓、脾臓、腎臓の5臓器の病変(がん、良性疾患)を調べます
乳腺超音波検査	超音波	3,100円	乳腺の病気(がん、良性疾患等)を調べます ※授乳中または乳がん術後の方はお受けできません
肺がん腫瘍マーカー(女性)	血液	1,300円	血液検査にて、肺がんを調べます ※男性の受診者は標準検査項目に入っています
肝臓がん腫瘍マーカー	血液	1,300円	血液検査にて、肝臓がんを調べます
すい臓がん腫瘍マーカー	血液	1,300円	血液検査にて、すい臓がんを調べます
子宮・卵巣がん腫瘍マーカー(女性)	血液	2,600円	血液検査にて、子宮・卵巣がんを調べます

ご予約申込書

以下を、ご記入のうえ **FAX(0428-22-4788)** 又はご持参ください ※FAXの際は送信面を間違えないようご注意ください
申込み受付後、内容、支払方法の確認のご連絡を致します。連絡がない場合は、恐れ入りますが事務局までお問い合わせください

事業主名：	電話番号：
送付先住所：〒	

受診される方についてご記入ください

フリガナ 氏名	年齢	性別	オプション検査(希望項目に○をしてください)
	才	男・女	前立腺・エストロゲン・喀痰・便潜血・眼底・B型・C型・骨粗しょう症・腹部・乳腺 肺がん・肝臓がん・脾臓がん・子宮卵巣がん
	才	男・女	前立腺・エストロゲン・喀痰・便潜血・眼底・B型・C型・骨粗しょう症・腹部・乳腺 肺がん・肝臓がん・脾臓がん・子宮卵巣がん
	才	男・女	前立腺・エストロゲン・喀痰・便潜血・眼底・B型・C型・骨粗しょう症・腹部・乳腺 肺がん・肝臓がん・脾臓がん・子宮卵巣がん

※当日の検査要領、容器等は受診10日前頃に送付先住所へ送付させていただきます。