

## ●健診コース

ご希望の項目にチェックをご記入ください 

健診コース	料金	備考	チェック欄	健診コース	料金	備考	チェック欄
日帰り人間ドック	¥37,500	胃部検査なしの場合	<input type="checkbox"/>	定期健康診断A	¥5,500		<input type="checkbox"/>
	¥39,500	胃X線選択の場合	<input type="checkbox"/>	定期健康診断B	¥10,000		<input type="checkbox"/>
	¥43,500	胃カメラ選択の場合	<input type="checkbox"/>	PET-CT健診	¥78,000		<input type="checkbox"/>
生活習慣病予防健診A	¥12,000	胃部検査なしの場合	<input type="checkbox"/>	PET-CT特別健診	¥98,000		<input type="checkbox"/>
	¥21,500	胃X線選択の場合	<input type="checkbox"/>	脳ドック	¥39,500		<input type="checkbox"/>
	¥25,500	胃カメラ選択の場合	<input type="checkbox"/>	肺がんドック	<del>¥26,500</del> ¥20,000	通常価格 キャンペーン価格	<input type="checkbox"/>
生活習慣病予防健診B	¥21,500	胃部検査なしの場合	<input type="checkbox"/>	雇入時健康診断	¥10,000		<input type="checkbox"/>
	¥31,000	胃X線選択の場合	<input type="checkbox"/>				
	¥35,000	胃カメラ選択の場合	<input type="checkbox"/>				

協会けんぽ生活習慣病健診は協会けんぽ配布のパンフレットをご覧ください。

## ●オプション

ご希望の項目にチェックをご記入ください 

対象部位	番号	検査名	内容	料金(税込)	チェック欄		
男女共通	①	頭部MRI・MRA検査	頭部MRI・MRA検査	¥30,000	<input type="checkbox"/>		
	②	甲状腺検査	視触診+甲状腺エコー+甲状腺ホルモン検査(TSH,FT3,FT4)	¥9,500	<input type="checkbox"/>		
	③	甲状腺ホルモン検査	甲状腺ホルモン検査(TSH,FT3,FT4)	¥5,000	<input type="checkbox"/>		
	肺	④	肺がん検査 (腫瘍マーカー)	CEA(人間ドックはコースに含まれています) SCC シフラ ProGRP SLX	¥1,500 ¥1,500 ¥2,000 ¥2,000 ¥2,000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		⑤	喀痰細胞診検査	喀痰細胞診	¥2,500	<input type="checkbox"/>	
		⑥	低線量胸部CT検査	低線量胸部CT	<del>¥15,000</del> ¥9,000	<input type="checkbox"/>	
		食道 胃	⑨	食道がん・胃がん検査 (腫瘍マーカー)	CEA(人間ドックはコースに含まれています) SCC	¥1,500 ¥1,500	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			⑩	ペプシノゲン検査	血清ペプシノゲン検査	¥4,000	<input type="checkbox"/>
	⑪		ピロリ菌検査	ヘリコバクターピロリ菌抗体検査	¥1,500	<input type="checkbox"/>	
	⑫		胃部内視鏡検査	胃内視鏡検査(人間ドックは追加料金4000円)	¥13,500	<input type="checkbox"/>	
	肝臓	⑬	肝がん検査 (腫瘍マーカー)	AFP PIVKA II	¥1,500 ¥2,000	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		⑭	肝炎ウイルス検査	HBs抗原・HCV抗体(人間ドックはコースに含まれています)	¥3,000	<input type="checkbox"/>	
		⑮	腹部超音波検査	腹部超音波検査(人間ドック・生活Bはコースに含まれています)	¥6,000	<input type="checkbox"/>	
		胆嚢 胆管 膵臓	⑯	胆嚢・胆管・膵臓がん検査 (腫瘍マーカー)	CEA(人間ドックはコースに含まれています) CA19-9 エラストーゼ1 DUPAN-2	¥1,500 ¥1,500 ¥1,500 ¥1,500	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑰		腹部MRI検査	MRCP検査(MR胆管膵管撮影)	¥23,000	<input type="checkbox"/>	
	大腸		⑱	大腸がん(腫瘍マーカー)	CEA(人間ドックはコースに含まれています)	¥1,500	<input type="checkbox"/>
		⑲	便潜血検査	便潜血2回法	¥1,320	<input type="checkbox"/>	
	男性	前立腺	⑳	前立腺がん検査	PSA(腫瘍マーカー)(人間ドックはコースに含まれています)	¥1,500	<input type="checkbox"/>
	女性	乳房	㉑	乳腺超音波検査	視触診・乳腺超音波検査	¥6,000	<input type="checkbox"/>
㉒			マンモグラフィ検査	マンモグラフィ1方向(50歳以上対象)	¥4,000	<input type="checkbox"/>	
㉓				マンモグラフィ2方向(50歳未満対象)	¥6,000	<input type="checkbox"/>	
㉔				マンモグラフィに視触診追加(単独受診不可)	¥1,500	<input type="checkbox"/>	
子宮 卵巣		㉕	乳がんセット1	視触診・乳腺超音波・マンモグラフィ1方向(50歳以上対象)	¥9,500	<input type="checkbox"/>	
		㉖	乳がんセット2	視触診・乳腺超音波・マンモグラフィ2方向(50歳未満対象)	¥11,000	<input type="checkbox"/>	
		㉗	子宮頸がん・卵巣がん検査 (腫瘍マーカー)	CA-125	¥2,000	<input type="checkbox"/>	
				CEA	¥1,500	<input type="checkbox"/>	
				CA19-9	¥1,500	<input type="checkbox"/>	
㉘	子宮頸がん検査	内診・子宮頸部細胞診・経膈超音波検査	¥4,400	<input type="checkbox"/>			
㉙	HPV検査	HPV(ヒトパピローウイルス)検査:婦人科検査と同時受診が必要です	¥2,000	<input type="checkbox"/>			
共通	全身	㉚	PET-CT検査	PET-CT検査	¥72,300	<input type="checkbox"/>	

	番号	検査名	内容	料金(税込)	チェック欄		
その他	男女共通	骨粗しょう症	⑳	骨密度測定検査(DXA法)	骨密度測定(腰椎+両側大腿骨頸部)	<del>¥4,500</del> ¥2,500	<input type="checkbox"/>
		女性	更年期障害	㉑	ソイチェック	尿中エクオール※の測定(尿検査)	¥3,800
	男女共通	心不全	㉒	BNP(血液検査)	心臓機能の低下度合いを調べる血液検査	¥1,500	<input type="checkbox"/>
		頸動脈硬化	㉓	頸動脈超音波検査	頸動脈超音波検査	¥6,000	<input type="checkbox"/>
		動脈硬化検査	㉔	ABI・CAVI	動脈硬化・血管機能の測定	¥2,000	<input type="checkbox"/>
		脳梗塞・心筋梗塞	㉕	Lox-index	脳梗塞心筋梗塞の発症リスクを調べる血液検査	¥14,000	<input type="checkbox"/>

※エクオールは女性ホルモンと似た働きをし、更年期症状を和らげる効果が期待されています。



FAX. 077-565-0955

裏表を FAX して下さい。

# 社会医療法人 誠光会 南草津健診センター 健診申込書 ②

## お申込み方法

①Web お申込み スマートフォンとパソコンからお申し込みいただけます。

南草津健診センター

検索

<https://www.kusatsu-gh.or.jp/ghk/healthcare/>



②FAX お申込み

1.健診コースを選択

申込書①

2.オプションを選択

申込書①

3.FAXを送信(裏表)

**FAX** 申込み

4. 健診センターより翌営業日にお電話

**TEL** 予約受付完了

※FAX をお持ちでない方は、お電話にてお申込みください。 TEL . 0120-154-712 TEL . 077-599-1530  
営業日： 土曜日・日曜日・祝日除く (9:00 ~ 16:30)

下記にご記入下さい

フリガナ						
氏名						
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
自宅住所						
TEL	( )	—	携帯番号	—	—	
健康保険組合名						
※健康保険組合の補助を使用される方は、必ずご記入下さい。						
受診希望日	第1希望	令和	年	月	日	
	第2希望	令和	年	月	日	
	第3希望	令和	年	月	日	

※ご記入いただいた個人情報は利用目的を超えた使用はいたしません。