

人生100年時代。  
早期発見、早期治療が  
人生の質を高めます。

生活習慣や年齢によって病気のリスクも高まります。  
基本検査だけでは発見が難しい病気もあるので、  
からだの気になるところは追加して受診できるオプション検査をおすすめしています。  
健康診断の流れの中で同時に実施させていただきますので、  
余分な時間や手間はかかりません。この機会に是非ご利用ください。



 一般財団法人 京都工場保健会

お問い合わせ先

巡回健診でのご利用 ☎ 0120-891-290  
施設健診でのご利用 ☎ 0120-823-053

# オプションメニュー

※健診当日の血液検査に項目追加できます。

※結果送料として**330円** (税10%含) を別途頂戴いたします。

New

## 1 脂肪肝が気になる方へ

| 記号       | 気になる疾病      | 検査項目               | 検査内容   | 料金(税10%含) |
|----------|-------------|--------------------|--|-----------|
| <b>A</b> | 脂肪肝・肝硬変・肝がん | M2BPGi<br>肝線維化マーカー | 肝線維化マーカー検査で肝臓の肝線維化を調べます。肥満、アルコール、慢性肝炎などの炎症により肝細胞は破壊されます。肝細胞の炎症破壊が続くと線維化します。更に「肝線維化」が進むと肝硬変へ進行したり、肝がんが発生しやすくなります。肝線維化が進むと高値になります。 | ¥2,200    |

New

## 2 動脈硬化が気になる方へ

| 記号       | 気になる疾病          | 検査項目                         | 検査内容  | 料金(税10%含) |
|----------|-----------------|------------------------------|---|-----------|
| <b>B</b> | 心筋梗塞・狭心症などの動脈硬化 | sdLDL<br>コレステロール(超悪玉コレステロール) | 悪玉コレステロール(LDL)の中でも特に動脈硬化を促進するといわれている超悪玉コレステロール(sdLDL)を調べます。通常の悪玉コレステロール(LDL)が低い場合でも超悪玉コレステロール(sdLDL)が高ければ心筋梗塞や狭心症といった疾患の発症リスクが高くなります。 | ¥4,400    |

New

## 3 アレルギーが気になる方へ

アレルゲン特異的IgE抗体の測定により、アレルギー症状の原因物質(アレルゲン)を調べます。

| 記号       | セット名          | 検査内容   | 料金(税10%含) |
|----------|---------------|--|-----------|
| <b>C</b> | View アレルギー-39 | 主要な食物アレルゲンや季節的な花粉、室内のアレルゲン(カビやペットの毛など)を一度に調べることができます。「食物系」アレルゲンは、消費者庁の定める加工食品の表示義務項目・表示推奨項目を含む20種類を測定します。「吸入系」「その他」アレルゲンは、春の代表的花粉であるスギ・ヒノキや夏から秋の花粉であるイネ科・雑草のほか、室内アレルゲンなどを含む19種類を測定します。 | ¥9,900    |

| 食物系のアレルゲン |               |  |                          | 吸入系・その他のアレルゲン |                               |            |  |
|-----------|---------------|--|--------------------------|---------------|-------------------------------|------------|--|
| 卵         | 卵白<br>オボムコイド  |  | 豆 類<br>大豆<br>ピーナッツ       | 室内塵           | ヤケヒョウヒダニ<br>ハウスダスト1           | イネ科<br>植 物 | カモガヤ<br>オオアワガエリ                                  |
| 牛 乳       | ミルク           |  | 肉 類<br>鶏肉<br>牛肉<br>豚肉    | 動 物           | ネコ皮膚<br>イヌ皮膚                  | 雑 草        | ブタクサ<br>ヨモギ                                      |
| 穀 類       | 小麦<br>ソバ<br>米 |  | 魚 類<br>マグロ<br>サケ<br>サバ   | 昆 虫           | ガ<br>ゴキブリ                     | 真 菌        | アルテルナリア(ススカビ)<br>アスペルギルス(コウジカビ)<br>カンジダ、マラセチア(属) |
| 甲殻類       | エビ<br>カニ      |  | 果 物<br>キウイ<br>リンゴ<br>バナナ | 樹 木           | スギ、ヒノキ<br>ハンノキ(属)<br>シラカンバ(属) | 職業性        | ラテックス  |
|           |               |  | その他<br>ゴマ                |               |                               |            |  |

アレルゲン検査…アレルギー症状を引き起こすアレルゲン物質の接触を避けることが、症状の緩和や悪化の予防に繋がります。気になる症状がある場合はアレルギー専門医への相談が必要となります。当会診療所にはアレルギー専門の外来はありませんので、他の医療機関へご受診ください。

## 4 心疾患が気になる方へ

| 記号       | 気になる疾病   | 検査項目      | 検査内容   | 料金(税10%含) |
|----------|----------|-----------|--|-----------|
| <b>D</b> | 心臓機能・心不全 | NT-proBNP | 心臓から分泌されるホルモンの一種で、心臓に負担がかかった状態になると値が高くなります。心電図とNT-proBNP両方を行うことで心疾患の早期発見に有用です。 | ¥3,190    |

## 5 胃・十二指腸が気になる方へ

| 記号       | 気になる疾病           | 検査項目         | 検査内容  | 料金(税10%含) |
|----------|------------------|--------------|---|-----------|
| <b>E</b> | 胃炎・胃潰瘍<br>十二指腸潰瘍 | ヘリコバクターピロリ抗体 | 胃がん、胃・十二指腸潰瘍の原因となる細菌で、細菌感染の有無を調べます。※過去の検査においてヘリコバクターピロリ抗体が陽性の方、または除菌療法をされた方は、検査の申し込みは必要ありません。                             | ¥2,090    |
| <b>F</b> |                  | ペプシノーゲン      | 胃がんの要因となる胃粘膜萎縮の状態を調べる検査です。陽性であれば胃粘膜萎縮があると推測され、胃がんが発生しやすい状態にあるといえます。※結果に異常がなくても必ずしも、がんがないという訳ではありません。画像診断検査等と同時に実施をお勧めします。 | ¥2,090    |

## 6 肝炎感染が気になる方へ

※過去の検査においてHBs抗原またはHCV抗体が陽性の方は、治療を優先していただきますようお願いいたします。

| 記号       | 気になる疾病 | 検査項目   | 検査内容                       | 料金(税10%含) |
|----------|--------|--------|----------------------------|-----------|
| <b>G</b> | 肝炎ウイルス | HBs 抗原 | B型肝炎ウイルスに感染しているかチェックします。   | ¥2,090    |
|          |        | HCV 抗体 | C型肝炎ウイルスに対する抗体の有無をチェックします。 |           |

## 7 臓器がんが気になる方へ

腫瘍マーカーで気になる臓器のがんを調べます。ご希望の場合、いずれか一つをお選びください。

| 記号       | セット名・検査項目  | 検査対象の主な臓器                           | 料金(税10%含) |
|----------|--|-------------------------------------|-----------|
| <b>H</b> | <b>腫瘍マーカー男女共通 4 種</b><br>(シフラ21-1、AFP、CA19-9、CEA)              | 肺 肝臓<br>膵臓<br>胆道 大腸 胃               | ¥5,280    |
| <b>I</b> | <b>腫瘍マーカー 男性用 5 種</b><br>(シフラ21-1、AFP、CA19-9、CEA、PSA)          | 肺 肝臓<br>膵臓<br>胆道 大腸 胃 + 前立腺         | ¥6,820    |
| <b>J</b> | <b>腫瘍マーカー 女性用 3 種</b><br>(CEA、CA125、CA15-3)                    | 大腸 胃 + 子宮<br>卵巣 乳房                  | ¥4,180    |
| <b>K</b> | <b>腫瘍マーカー 女性用 5 種</b><br>(シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA、CA125)       | 肺 肝臓<br>膵臓<br>胆道 大腸 胃 + 子宮<br>卵巣    | ¥6,820    |
| <b>L</b> | <b>腫瘍マーカー 女性用 6 種</b><br>(シフラ21-1、AFP、CA19-9、CEA、CA125、CA15-3) | 肺 肝臓<br>膵臓<br>胆道 大腸 胃 + 子宮<br>卵巣 乳房 | ¥8,470    |
| <b>M</b> | <b>腫瘍マーカー男性用 PSA 単品</b>  | 前立腺                                 | ¥2,090    |

| 検査項目一覧 | 検査項目      | 検査内容                   | 検査項目         | 検査内容                                   |
|--------|-----------|------------------------|--------------|--|
|        | シフラ 21-1  | 肺がん等をチェックします。          | CEA          | 大腸(結腸・直腸)がん、胃がん、膵がん、肝がん、胆道がん等をチェックします。 |
|        | CA19-9    | 膵がんや胆のう、胆管がん等をチェックします。 | CA125(女性のみ)  | 子宮がん、卵巣がん等をチェックします。                    |
|        | AFP       | 肝炎や肝硬変、肝がん等をチェックします。   | CA15-3(女性のみ) | 乳がん等をチェックします。                          |
|        | PSA(男性のみ) | 前立腺がんをチェックします。         |              |  |

※注意 腫瘍マーカーはがん診断に補助的に使用するものです。がん細胞が生み出す特殊な物質(腫瘍マーカー)を血液中から見つけ出すことで、がんの存在を調べます。ただし、がんがなくても数値が基準値を外れることやがんがあっても数値が上昇しない場合があり、血液検査だけで全てが分かるわけではありません。また、PSA以外の腫瘍マーカーによるがんの早期発見は困難です。画像診断検査等と併せて検査されることをお勧めします。妊娠や生理中は検査値が変動しやすく、特に「卵巣がん(CA125)」「肝臓がん(AFP)」検査は値が高値になる可能性があります。数値が異常の場合、精密検査を受けて診断していくことになります。

## 8 甲状腺疾患が気になる方へ

| 記号       | 気になる疾病       | 検査項目               | 検査内容   | 料金(税10%含) |
|----------|--------------|--------------------|--|-----------|
| <b>N</b> | <b>甲状腺疾患</b> | TSH<br>(甲状腺刺激ホルモン) | 甲状腺刺激ホルモンの血中濃度を測定し、甲状腺機能の評価を行います。高値は甲状腺の機能低下を示し、低値は機能亢進を示します。              | ¥4,180    |
|          |              | F-T4<br>(遊離サイロキシン) | 甲状腺ホルモンの中で、実際に機能を左右するホルモンです。TSH(甲状腺刺激ホルモン)と同時に検査することで、甲状腺機能が更に詳しくチェックできます。 |           |

## 9 リウマチが気になる方へ

| 記号       | 気になる疾病      | 検査項目             | 検査内容   | 料金(税10%含) |
|----------|-------------|------------------|--|-----------|
| <b>O</b> | <b>リウマチ</b> | RF定性<br>(リウマチ因子) | リウマチ因子を調べる検査です。関節リウマチやその他の膠原病などでも陽性となりますが、明らかな異常がなくても陽性を示すことがあります。 | ¥4,180    |
|          |             | 抗CCP抗体           | 関節リウマチだけに陽性となることが多く、関節リウマチの早期診断に役立ちます。                             |           |

## 10 骨量が気になる方へ

| 記号       | 気になる疾病      | 検査項目 | 検査内容   | 料金(税10%含) |
|----------|-------------|------|--|-----------|
| <b>P</b> | <b>骨粗鬆症</b> | NTX  | 骨吸収マーカーを測定し、骨密度が低下している可能性をチェックします。骨は30代から弱くなりはじめ、放置すると骨折のリスクが高まるので注意が必要です。 | ¥2,200    |

## 11 血液型を調べたい方へ

| 記号       | セット名          | 検査項目       | 料金(税10%含) |
|----------|---------------|------------|-----------|
| <b>Q</b> | <b>血液型セット</b> | ABO式・Rh血液型 | ¥2,640    |

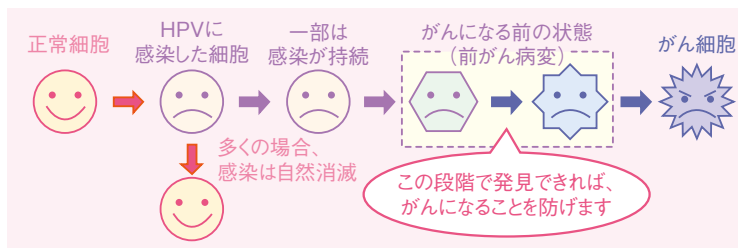
## 女性用 子宮頸がんが気になる方へ

検査項目に「子宮がん検査(視触診・細胞診)」がある方が対象です

子宮頸がんの原因となる「ヒトパピローマウイルス(HPV)感染しているかどうかを、子宮頸部の細胞を採取して調べます。※「自己採取法」は細胞採取法が異なりますので、HPV検査は実施できません。

| 記号       | 気になる疾病           | 検査項目             | 料金(税10%含) |
|----------|------------------|------------------|-----------|
| <b>S</b> | <b>女性用 子宮頸がん</b> | ヒトパピローマウイルス(HPV) | ¥5,500    |

**HPVとは?** HPVは性行為により感染しますが、特別な人だけに感染するのではなく、多くの女性が一生のうちに一度くらいは感染するごくありふれたウイルスです。HPVに感染しても多くの場合、免疫力によって体内から排除され、1~2年後には陰性になりますが、排除されずに長い間感染が続くと、一部は前がん病変(がんになる前の異常な細胞)となり、数年~数十年かけて子宮頸がんを発症する場合があります。



子宮頸がんは「**予防できるがん**」です。

HPV検査と子宮がん検査(視触診・細胞診)を併用することで、子宮頸がんの発見率は99%以上となります。また、HPV検査を行うことで、将来子宮頸がんになるリスクの有無も分かります。子宮頸がんは、早期発見できれば、ほぼ100%治すことができます。

子宮頸がんは、**20~30代**の若い女性に急増しています。若いうちから検診を受けましょう!

## お申込み手順

- 1 オプション検査申込書(5ページ)の上部太枠内と下部希望欄に○印をご記入のうえ、受診当日、健診に必要な書類とともに受付に提出してください。  
※申込書は3枚複写です。ボールペンでしっかりとご記入ください。
- 2 受付で検査費用をお支払いください。  
※結果発送料として330円(税10%含)を別途頂戴いたします。  
※できるだけ釣銭が出ないようご用意ください。  
※クレジットカードでのお支払いが可能となりました。
- 3 検査は健康診断の流れの中で同時に追加実施されます。  
※特別な検査や負担はございませんのでご安心ください。
- 4 オプション検査の結果は、受診日より3週間程でお届けいたします。なお、健康診断の結果と別便での発送となるため、到着が前後する場合がございます。あらかじめご了承ください。  
※検査結果はご本人様のみへのご報告となります。  
※検査結果で陽性判定の場合、最寄りの婦人科外来にご受診ください。  
※検査受診より1か月以上経っても結果が届かない場合は、表紙のお問い合わせ先までご連絡ください。

注意: このオプション検査は、健康診断とは別にご希望により実施しております。会社・団体等への報告及び経年管理はいたしませんのでご了承ください。

**健康診断の結果報告書とは、別便でのご報告となります。**

**結果報告書の再発行には別途手数料・送料がかかります。結果報告書は大切に保管ください。**

※オプション検査は、通常の健診で実施しない検査をご受診頂けるシステムです。検査を選択される場合、どの検査も絶対的なものではなく、画像診断検査等と併せて検査されることをお勧めします。

オプション検査の判定は、弊会の判定基準に準じ判断しております。別途ご報告します結果報告書で同じ検査を受診された場合、判定に差異が生じる場合もございますがご了承ください。

### 《個人情報の取り扱いについて》

オプション検査により知り得た情報は、第三者に提供、または漏洩することのないよう厳重に取り扱います。尚、この検査結果は健康診断結果の集計や統計等の学術資料に活用させて頂く場合があります。その場合、健康情報に関しては、個人の識別情報を除いた形で活用いたします。

# オプション検査申込書

京工保控え

①オプション検査を希望される方は、以下の太枠内をご記入頂き、健診時にお持ちください。

※お願い 複写用紙ですので黒ボールペンでしっかりとご記入ください。また、最終ページまで写っているかご確認ください。

|             |                               |                              |             |                |             |   |   |   |     |
|-------------|-------------------------------|------------------------------|-------------|----------------|-------------|---|---|---|-----|
| 事業所名        |                               |                              | 健診日         | 年              | 月           | 日 |   |   |     |
| 氏名フリガナ      |                               | 性別                           | バーコード<br>貼付 |                |             |   |   |   |     |
| 氏名          |                               | 男・女                          |             |                |             |   |   |   |     |
| 生年月日        | (昭和・平成)                       | 年                            |             |                |             |   | 月 | 日 | (歳) |
| 連絡先 TEL     |                               |                              |             |                |             |   |   |   |     |
| 結果発送先<br>住所 | <input type="checkbox"/> 自宅   | <input type="checkbox"/> 勤務先 | 検査料金        | ①              | 円           |   |   |   |     |
|             | 〒 - ※該当する送付先に☑印をおつけください。      |                              | 送料          | ②              | 330円(税10%含) |   |   |   |     |
|             | ※町名・番地・マンション名・号室まで詳しくご記入ください。 |                              | 合計          | ①+②            | 円           |   |   |   |     |
|             |                               |                              | 内訳          | 10%課税対象額小計(税抜) |             |   |   |   |     |
|             |                               |                              |             | 10%消費税額        |             |   |   |   |     |

※上記住所はオプション検査結果報告書をお送りする住所です。

※健康診断の結果報告書とは別便でのご報告となります。

※結果発送料として330円(税10%含)を別途頂戴いたします。

②希望される検査の希望欄に○をご記入ください。

※詳細な検査項目については2・3ページの検査項目説明をご参照ください。検査項目が重複した場合も減額はいたしませんのでご了承ください。

| 記号 | 希望欄 | 検査依頼<br>番号 | 検査種別             | 検査項目                                | 金額<br>(税10%含) | ご注意                                |
|----|-----|------------|------------------|-------------------------------------|---------------|------------------------------------|
| A  |     | 18         | 脂肪肝・肝硬変・肝がん      | M2BPGi肝線維化マーカー                      | ¥2,200        |                                    |
| B  |     | 21         | 心筋梗塞・狭心症などの動脈硬化  | sdLDLコレステロール(超悪玉コレステロール)            | ¥4,400        |                                    |
| C  |     | 19         | Viewアレルギー39      | 食物系アレルギー、吸入系・その他のアレルギー              | ¥9,900        |                                    |
| D  |     | 10         | 心臓機能・心不全         | NT-proBNP                           | ¥3,190        |                                    |
| E  |     | 11         | 胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍    | ヘリコバクターピロリ抗体                        | ¥2,090        |                                    |
| F  |     | 12         | 胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍    | ペプシノーゲン                             | ¥2,090        |                                    |
| G  |     | 13         | 肝炎ウイルス           | HBs 抗原、HCV 抗体                       | ¥2,090        |                                    |
| H  |     | 01         | 腫瘍マーカー男女共通：4種    | シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA             | ¥5,280        | ご希望の場合、<br>いずれか1つ<br>をお選びくだ<br>さい。 |
| I  |     | 02         | 腫瘍マーカー男性用：5種     | シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA、PSA         | ¥6,820        |                                    |
| J  |     | 03         | 腫瘍マーカー女性用：3種     | CEA、CA125、CA15-3                    | ¥4,180        |                                    |
| K  |     | 04         | 腫瘍マーカー女性用：5種     | シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA、CA125       | ¥6,820        |                                    |
| L  |     | 05         | 腫瘍マーカー女性用：6種     | シフラ21-1、AFP、CA19-9、CEA、CA125、CA15-3 | ¥8,470        |                                    |
| M  |     | 09         | 腫瘍マーカー男性用：PSA 単品 | PSA                                 | ¥2,090        | ※Iとの重複は<br>できません。                  |
| N  |     | 14         | 甲状腺疾患            | TSH(甲状腺刺激ホルモン)、F-T4(遊離サイロキシン)       | ¥4,180        |                                    |
| O  |     | 15         | リウマチ             | RF(リウマチ因子)、抗 CCP 抗体                 | ¥4,180        |                                    |
| P  |     | 30         | 骨粗鬆症             | NTX                                 | ¥2,200        |                                    |
| Q  |     | 22         | 血液型セット           | ABO 式・Rh 血液型                        | ¥2,640        |                                    |
| S  |     | 23         | 子宮頸がん            | ヒトパピローマウイルス (HPV)                   | ¥5,500        |                                    |

検4追加

※上記「①申込太枠内」と「②希望欄」に記載忘れ・間違いはありませんか？最終ページまで複写されていますか？今一度確認をお願いいたします。

※結果については上記結果発送先住所に配送いたします。送料として330円(税10%含)を別途頂戴いたします。

# オプション検査申込書

会計控え

①オプション検査を希望される方は、以下の太枠内をご記入頂き、健診時にお持ちください。

※お願い 複写用紙ですので黒ボールペンでしっかりとご記入ください。また、最終ページまで写っているかご確認ください。

|  |  |      |     |                |                    |  |   |
|--|--|------|-----|----------------|--------------------|--|---|
| 事業所名   |  | 健診日  | 年   | 月              | 日                  |  |   |
| 氏名フリガナ                                       | 性別   | 備 考  |     |                |                    |  |   |
| 氏名   | 男・女  |      |     |                |                    |  |   |
| 生年月日   | (昭和・平成) 年 月 日 (歳)  |      |     |                |                    |  |   |
| 連絡先 TEL                                      |  |      |     |                |                    |  |   |
| 結果発送先住所<br><br>※町名・番地・マンション名・号室まで詳しくご記入ください。 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先<br>〒 - ※該当する送付先に☑印をおつけください。 | 検査料金 | ①   | 円              |                    |  |   |
|  |  |      | 送料  | ②              | <b>330円(税10%含)</b> |  |   |
|  |  |      | 合計  | ①+②            | 円                  |  |   |
|  |  |      | 内 訳 | 10%課税対象額小計(税抜) |                    |  | 円 |
|  |  |      |     | 10%消費税額        |                    |  | 円 |

※上記住所はオプション検査結果報告書をお送りする住所です。  
 ※健康診断の結果報告書とは別便でのご報告となります。  
**※結果発送料として330円(税10%含)を別途頂戴いたします。**

②希望される検査の希望欄に○をご記入ください。

※詳細な検査項目については2・3ページの検査項目説明をご参照ください。検査項目が重複した場合も減額はいたしませんのでご了承ください。

| 記号 | 希望欄 | 検査依頼番号 | 検査種別             | 検査項目                                | 金額(税10%含) | ご注意                    |
|----|-----|--------|------------------|-------------------------------------|-----------|------------------------|
| A  |     | 18     | 脂肪肝・肝硬変・肝がん      | M2BPGi肝線維化マーカー                      | ¥2,200    |                        |
| B  |     | 21     | 心筋梗塞・狭心症などの動脈硬化  | sdLDLコレステロール(超悪玉コレステロール)            | ¥4,400    |                        |
| C  |     | 19     | Viewアレルギー39      | 食物系アレルギー、吸入系・その他のアレルギー              | ¥9,900    |                        |
| D  |     | 10     | 心臓機能・心不全         | NT-proBNP                           | ¥3,190    |                        |
| E  |     | 11     | 胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍    | ヘリコバクターピロリ抗体                        | ¥2,090    |                        |
| F  |     | 12     | 胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍    | ペプシノーゲン                             | ¥2,090    |                        |
| G  |     | 13     | 肝炎ウイルス           | HBs 抗原、HCV 抗体                       | ¥2,090    |                        |
| H  |     | 01     | 腫瘍マーカー男女共通：4種    | シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA             | ¥5,280    | ご希望の場合、いずれか1つをお選びください。 |
| I  |     | 02     | 腫瘍マーカー男性用：5種     | シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA、PSA         | ¥6,820    |                        |
| J  |     | 03     | 腫瘍マーカー女性用：3種     | CEA、CA125、CA15-3                    | ¥4,180    |                        |
| K  |     | 04     | 腫瘍マーカー女性用：5種     | シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA、CA125       | ¥6,820    |                        |
| L  |     | 05     | 腫瘍マーカー女性用：6種     | シフラ21-1、AFP、CA19-9、CEA、CA125、CA15-3 | ¥8,470    |                        |
| M  |     | 09     | 腫瘍マーカー男性用：PSA 単品 | PSA                                 | ¥2,090    | ※Iとの重複はできません。          |
| N  |     | 14     | 甲状腺疾患            | TSH(甲状腺刺激ホルモン)、F-T4(遊離サイロキシン)       | ¥4,180    |                        |
| O  |     | 15     | リウマチ             | RF(リウマチ因子)、抗 CCP 抗体                 | ¥4,180    |                        |
| P  |     | 30     | 骨粗鬆症             | NTX                                 | ¥2,200    |                        |
| Q  |     | 22     | 血液型セット           | ABO 式・Rh 血液型                        | ¥2,640    |                        |
| S  |     | 23     | 子宮頸がん            | ヒトパピローマウイルス (HPV)                   | ¥5,500    |                        |

検4追加


※上記「①申込太枠内」と「②希望欄」に記載忘れ・間違いはありませんか？最終ページまで複写されていますか？今一度確認をお願いいたします。  
 ※結果については上記結果発送先住所に配送いたします。**送料として330円(税10%含)を別途頂戴いたします。**

# オプション検査申込書

**領収書**

①オプション検査を希望される方は、以下の太枠内をご記入頂き、健診時にお持ちください。

※お願い 複写用紙ですので黒ボールペンでしっかりとご記入ください。また、最終ページまで写っているかご確認ください。

|         |   |                      |  |
|---------|---|----------------------|--|
| 事業所名    |   | 健診日                  | 年 月 日  |
| 氏名フリガナ  | 性別  | 領 収 書                | 検査代金として下記代金を領収いたしました。<br><br>登録番号:T7130005012855<br> 一般財団法人 京都工場保健会<br>検査代金受領 担当者 印 |
| 氏名      | 男・女   |                      |  |
| 生年月日    | (昭和・平成) 年 月 日 (歳)   |                      |  |
| 連絡先 TEL |   |                      |  |
| 結果発送先住所 | <input type="checkbox"/> 自宅 〒 _____ <input type="checkbox"/> 勤務先 _____<br>※該当する送付先に☑印をおつけください。<br><br>※町名・番地・マンション名・号室まで詳しくご記入ください。 | 検査料金                 | ① _____ 円  |
|         | 送料  | ② <b>330円(税10%含)</b> |  |
|         | 合計  | ①+② _____ 円          |  |
|         | 内 訳   | 10%課税対象額小計(税抜)       | _____ 円  |
|         |   | 10%消費税額              | _____ 円  |

※上記住所はオプション検査結果報告書をお送りする住所です。  
 ※健康診断の結果報告書とは別便でのご報告となります。  
**※結果発送料として330円(税10%含)を別途頂戴いたします。**

②希望される検査の希望欄に○をご記入ください。

※詳細な検査項目については2・3ページの検査項目説明をご参照ください。検査項目が重複した場合も減額はいたしませんのでご了承ください。

| 記号 | 希望欄 | 検査依頼番号 | 検査種別             | 検査項目                                | 金額(税10%含) | ご注意                    |
|----|-----|--------|------------------|-------------------------------------|-----------|------------------------|
| A  |     | 18     | 脂肪肝・肝硬変・肝がん      | M2BPGi肝線維化マーカー                      | ¥2,200    |                        |
| B  |     | 21     | 心筋梗塞・狭心症などの動脈硬化  | sdLDLコレステロール(超悪玉コレステロール)            | ¥4,400    |                        |
| C  |     | 19     | Viewアレルギー39      | 食物系アレルギー、吸入系・その他のアレルギー              | ¥9,900    |                        |
| D  |     | 10     | 心臓機能・心不全         | NT-proBNP                           | ¥3,190    |                        |
| E  |     | 11     | 胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍    | ヘリコバクターピロリ抗体                        | ¥2,090    |                        |
| F  |     | 12     | 胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍    | ペプシノーゲン                             | ¥2,090    |                        |
| G  |     | 13     | 肝炎ウイルス           | HBs 抗原、HCV 抗体                       | ¥2,090    |                        |
| H  |     | 01     | 腫瘍マーカー男女共通：4種    | シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA             | ¥5,280    | ご希望の場合、いずれか1つをお選びください。 |
| I  |     | 02     | 腫瘍マーカー男性用：5種     | シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA、PSA         | ¥6,820    |                        |
| J  |     | 03     | 腫瘍マーカー女性用：3種     | CEA、CA125、CA15-3                    | ¥4,180    |                        |
| K  |     | 04     | 腫瘍マーカー女性用：5種     | シフラ 21-1、AFP、CA19-9、CEA、CA125       | ¥6,820    |                        |
| L  |     | 05     | 腫瘍マーカー女性用：6種     | シフラ21-1、AFP、CA19-9、CEA、CA125、CA15-3 | ¥8,470    |                        |
| M  |     | 09     | 腫瘍マーカー男性用：PSA 単品 | PSA                                 | ¥2,090    | ※Iとの重複はできません。          |
| N  |     | 14     | 甲状腺疾患            | TSH(甲状腺刺激ホルモン)、F-T4(遊離サイロキシン)       | ¥4,180    |                        |
| O  |     | 15     | リウマチ             | RF(リウマチ因子)、抗 CCP 抗体                 | ¥4,180    |                        |
| P  |     | 30     | 骨粗鬆症             | NTX                                 | ¥2,200    |                        |
| Q  |     | 22     | 血液型セット           | ABO 式・Rh 血液型                        | ¥2,640    |                        |
| S  |     | 23     | 子宮頸がん            | ヒトパピローマウイルス (HPV)                   | ¥5,500    |                        |

検4追加

※上記「①申込太枠内」と「②希望欄」に記載忘れ・間違いはありませんか？ 最終ページまで複写されていますか？ 今一度確認をお願いいたします。  
 ※結果については上記結果発送先住所に配送いたします。**送料として330円(税10%含)を別途頂戴いたします。**