

血液オプション検査申込書

お客様控え

①血液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、このページを控えとし健診時にご持参願います。

※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			
フリガナ		性別	
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	〒 -		



②希望される検査の希望欄に○を記入願います。

※注意 重複する項目にご注意ください。但し、腫瘍マーカーに関しては、重複した場合も減額は致しませんのでご了承ください。

No.	検査種別	検査項目	料金(税込)	ご注意	希望欄	
A	腫瘍マーカーセット ※注意1	腫瘍：4種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA	¥ 5,000	ご希望の場合、いずれか一つをお選びください。	A
B		腫瘍：男性 5種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、PSA	¥ 6,500		B
C		腫瘍：女性 3種	CEA、CA125、CA15-3	¥ 4,000		C
D		腫瘍：女性 5種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、CA125	¥ 6,500		D
E		腫瘍：女性 6種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、CA125、CA15-3	¥ 8,000		E
F		肝臓	AFP 精密、CEA	¥ 3,500	ご希望の場合、いずれか一つをお選びください。(2項目以上は上段のセットをおすすめします)	F
G		膵臓	CA19-9、CEA	¥ 3,500		G
H		肺	シフラ 21-1、CEA	¥ 3,500		H
I		前立腺(男性のみ)	PSA	¥ 2,000		I
J		心臓機能・心不全	NT-proBNP	¥ 3,000		J
K	萎縮性胃炎・胃潰瘍	ヘリコバクターピロリ IgG 抗体	¥ 2,000		K	
L		ペプシノーゲン	¥ 2,000		L	
M	肝炎ウイルス	HBs 抗原(定性)、HCV 抗体	¥ 2,000		M	
N	甲状腺機能	TSH、F-T4	¥ 4,000		N	
O	リウマチ	RF(リウマチ因子)・抗 CCP 抗体	¥ 4,000		O	
P	アレルギー ※注意2	花粉症	スギ、ヒノキ	¥ 3,500	アレルギーセットをお選びの場合は不要です。	P
Q		動物上皮	ネコ皮膚、イヌ皮膚	¥ 3,500		Q
R		室内塵・ダニ	室内塵(ハウスダスト)・ダニ(ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ)	¥ 3,500		R
S		アレルギーセット	スギ、ヒノキ、ネコ皮膚、イヌ皮膚、ハウスダスト・ダニ(ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ)	¥ 8,000		S
T		イネ科花粉系 ※注意3	イネ科花粉数種類をまとめて検査。イネ科の種類を特定できる検査ではありません。	¥ 3,000		T
U		カビ ※注意3	カビ数種類をまとめて検査。カビの種類を特定できる検査ではありません。	¥ 3,000		U
V	血液型	ABO 式・Rh 血液型	¥ 2,500		V	

検4追加

※上記「①申込太枠内」と「②希望欄」に記載忘れ・間違いはないですか? ※注意1・2・3は、検査項目説明2ページ下段にてご確認ください。
最終ページまで複写されていますか? 今一度ご確認ください。

血液オプション検査申込書

京工保控え

①血液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、このページを控えとし健診時にご持参願います。

※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()
フリガナ	性別	受付番号 (検体番号)	*
氏名	男・女		
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日(歳)	連絡事項	*
連絡先 TEL			
結果発送先住所	〒 -	バーコード貼付	*
		検査料金	合計 円

②希望される検査の希望欄に○を記入願います。

*印の欄は記入しないでください。

※注意 重複する項目にご注意ください。但し、腫瘍マーカーに関しては、重複した場合も減額は致しませんのでご了承ください。

No.	検査種別	検査項目	料金(税込)	ご注意	希望欄	
A	腫瘍マーカー セット ※注意1	腫瘍：4種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA	¥ 5,000	ご希望の場合、いずれか一つをお選びください。	A
B		腫瘍：男性 5種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、PSA	¥ 6,500		B
C		腫瘍：女性 3種	CEA、CA125、CA15-3	¥ 4,000		C
D		腫瘍：女性 5種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、CA125	¥ 6,500		D
E		腫瘍：女性 6種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、CA125、CA15-3	¥ 8,000		E
F		肝臓	AFP 精密、CEA	¥ 3,500	ご希望の場合、いずれか一つをお選びください。(2項目以上は上段のセットをおすすめします)	F
G		膵臓	CA19-9、CEA	¥ 3,500		G
H		肺	シフラ 21-1、CEA	¥ 3,500		H
I		前立腺 (男性のみ)	PSA	¥ 2,000		I
J		心臓機能・心不全	NT-proBNP	¥ 3,000		J
K	萎縮性胃炎・胃潰瘍	ヘリコバクターピロリ IgG 抗体	¥ 2,000		K	
L		ペプシノーゲン	¥ 2,000		L	
M	肝炎ウイルス	HBs 抗原 (定性)、HCV 抗体	¥ 2,000		M	
N	甲状腺機能	TSH、F-T4	¥ 4,000		N	
O	リウマチ	RF (リウマチ因子)・抗 CCP 抗体	¥ 4,000		O	
P	アレルギー ※注意2	花粉症	スギ、ヒノキ	¥ 3,500	アレルギーセットをお選びの場合は不要です。	P
Q		動物上皮	ネコ皮膚、イヌ皮膚	¥ 3,500		Q
R		室内塵・ダニ	室内塵 (ハウスダスト)・ダニ (ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ)	¥ 3,500		R
S		アレルギー セット	スギ、ヒノキ、ネコ皮膚、イヌ皮膚、ハウスダスト・ダニ (ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ)	¥ 8,000		S
T		イネ科花粉系 ※注意3	イネ科花粉数種類をまとめて検査。イネ科の種類を特定できる検査ではありません。	¥ 3,000		T
U	カビ ※注意3	カビ数種類をまとめて検査。カビの種類を特定できる検査ではありません。	¥ 3,000		U	
V	血液型	ABO 式・Rh 血液型	¥ 2,500		V	

←希望検査のアルファベットに○印をつけてください

※上記「①申込太枠内」と「②希望欄」に記載忘れ・間違いはないですか? ※注意1・2・3は、検査項目説明2ページ下段にてご確認ください。
最終ページまで複写されていますか? 今一度ご確認ください。

血液オプション検査申込書

会計控え

①血液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、このページを控えとし健診時にご持参願います。

※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()
フリガナ	性別	受付番号 (検体番号)	*
氏名	男・女		
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日(歳)	連絡事項	*
連絡先 TEL			
結果発送先住所	〒 -	確認事項	検査合計金額の確認 受取金額と釣銭の確認 間違いなければ領収書発行 <input type="checkbox"/>
		検査料金	合計 円

②希望される検査の希望欄に○を記入願います。

*印の欄は記入しないでください。

※注意 重複する項目にご注意ください。但し、腫瘍マーカーに関しては、重複した場合も減額は致しませんのでご了承ください。

No.	検査種別	検査項目	料金(税込)	ご注意	希望欄	
A	腫瘍マーカー セット ※注意 1	腫瘍：4種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA	¥ 5,000	ご希望の場合、 いずれか一つを お選びください。	A
B		腫瘍：男性 5種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、PSA	¥ 6,500		B
C		腫瘍：女性 3種	CEA、CA125、CA15-3	¥ 4,000		C
D		腫瘍：女性 5種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、CA125	¥ 6,500		D
E		腫瘍：女性 6種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、CA125、CA15-3	¥ 8,000	E	
F		肝臓	AFP 精密、CEA	¥ 3,500	ご希望の場合、 いずれか一つを お選びください。 (2項目以上は上段のセットをおすすめします)	F
G		膵臓	CA19-9、CEA	¥ 3,500		G
H		肺	シフラ 21-1、CEA	¥ 3,500		H
I		前立腺 (男性のみ)	PSA	¥ 2,000	I	
J	心臓機能・心不全	NT-proBNP	¥ 3,000		J	
K	萎縮性胃炎・胃潰瘍	ヘリコバクターピロリ IgG 抗体	¥ 2,000		K	
L		ペプシノーゲン	¥ 2,000		L	
M	肝炎ウイルス	HBs 抗原 (定性)、HCV 抗体	¥ 2,000		M	
N	甲状腺機能	TSH、F-T4	¥ 4,000		N	
O	リウマチ	RF (リウマチ因子)・抗 CCP 抗体	¥ 4,000		O	
P	アレルギー ※注意 2	花粉症	スギ、ヒノキ	¥ 3,500	アレルギーセットをお選びの場合は不要です。	P
Q		動物上皮	ネコ皮膚、イヌ皮膚	¥ 3,500		Q
R		室内塵・ダニ	室内塵 (ハウスダスト)・ダニ (ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ)	¥ 3,500		R
S		アレルギー セット	スギ、ヒノキ、ネコ皮膚、イヌ皮膚、ハウスダスト・ダニ (ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ)	¥ 8,000		S
T		イネ科花粉系 ※注意 3	イネ科花粉数種類をまとめて検査。イネ科の種類を特定できる検査ではありません。	¥ 3,000		T
U	カビ ※注意 3	カビ数種類をまとめて検査。カビの種類を特定できる検査ではありません。	¥ 3,000	U		
V	血液型	ABO 式・Rh 血液型	¥ 2,500		V	

←希望検査のアルファベットに○印をつけてください

※上記「①申込太枠内」と「②希望欄」に記載忘れ・間違いはないですか? ※注意 1・2・3は、検査項目説明 2 ページ下段にてご確認ください。
最終ページまで複写されていますか? 今一度ご確認ください。

血液オプション検査申込書

領 収 書

①血液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、このページを控えとし健診時にご持参願います。

※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()
フリガナ	性別	受付番号 (検体番号)	*
氏名	男・女		
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日(歳)	連絡事項	*
連絡先 TEL			
結果発送先 住所	〒 -	領収書	検査代金として下記代金を領収いたしました。 財団法人 京都工場保健会 検査代金受領 担当者 印
		検査料金	合計 円

②希望される検査の希望欄に○を記入願います。

*印の欄は記入しないでください。

※注意 重複する項目にご注意ください。但し、腫瘍マーカーに関しては、重複した場合も減額は致しませんのでご了承ください。

No.	検査種別	検査項目	料金(税込)	ご注意	希望欄	
A	腫瘍マーカー セット ※注意 1	腫瘍：4種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA	¥ 5,000	ご希望の場合、 いずれか一つを お選びください。 ご希望の場合、 いずれか一つを お選びください。 (2項目以上は上段のセットをおすすめします)	A
B		腫瘍：男性 5種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、PSA	¥ 6,500		B
C		腫瘍：女性 3種	CEA、CA125、CA15-3	¥ 4,000		C
D		腫瘍：女性 5種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、CA125	¥ 6,500		D
E		腫瘍：女性 6種	シフラ 21-1、AFP 精密、CA19-9、CEA、CA125、CA15-3	¥ 8,000		E
F		肝臓	AFP 精密、CEA	¥ 3,500		F
G		膵臓	CA19-9、CEA	¥ 3,500		G
H		肺	シフラ 21-1、CEA	¥ 3,500		H
I		前立腺 (男性のみ)	PSA	¥ 2,000		I
J	心臓機能・心不全	NT-proBNP	¥ 3,000		J	
K	萎縮性胃炎・胃潰瘍	ヘリコバクターピロリ IgG 抗体	¥ 2,000		K	
L		ペプシノーゲン	¥ 2,000		L	
M	肝炎ウイルス	HBs 抗原 (定性)、HCV 抗体	¥ 2,000		M	
N	甲状腺機能	TSH、F-T4	¥ 4,000		N	
O	リウマチ	RF (リウマチ因子)・抗 CCP 抗体	¥ 4,000		O	
P	アレルギー ※注意 2	花粉症	スギ、ヒノキ	¥ 3,500	アレルギーセットをお選びの場合は不要です。	P
Q		動物上皮	ネコ皮膚、イヌ皮膚	¥ 3,500		Q
R		室内塵・ダニ	室内塵 (ハウスダスト)・ダニ (ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ)	¥ 3,500		R
S		アレルギー セット	スギ、ヒノキ、ネコ皮膚、イヌ皮膚、ハウスダスト・ダニ (ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ)	¥ 8,000		S
T		イネ科花粉系 ※注意 3	イネ科花粉数種類をまとめて検査。イネ科の種類を特定できる検査ではありません。	¥ 3,000		T
U		カビ ※注意 3	カビ数種類をまとめて検査。カビの種類を特定できる検査ではありません。	¥ 3,000		U
V	血液型	ABO 式・Rh 血液型	¥ 2,500		V	

←希望検査のアルファベットに○をつけてください

※上記「①申込太枠内」と「②希望欄」に記載忘れ・間違いはないですか? ※注意 1・2・3は、検査項目説明 2 ページ下段にてご確認ください。
最終ページまで複写されていますか? 今一度ご確認ください。