

# FAX予約専用申込書【ボートレース福岡】

8/19(日)までは FAX.092-733-5535  
(福岡市保健福祉局 健康増進課)

8/20(月)～9/14(金) FAX.092-303-8003  
(労衛研健診予約センター)

項目	申込み内容	
おなまえ	セイ	メイ
	姓	名
性別 (○をつける)	男 ・ 女	
生年月日 (元号に○をつける)	大正・昭和・平成	年 月 日( 歳)
住所	福岡市 区	
案内送付先 (住所と異なる場合)	福岡市 区	
ご連絡先 (日中に連絡がつく番号)	固定電話 092 - -	携帯電話 - -

※受付時間は選べません。

## 希望項目 (以下の中からご希望の健診項目にチェックしてください)

### ●生活習慣病予防のための健診

健診名	内容	対象	料金	<input checked="" type="checkbox"/>
よかドック or 特定健康診査	身体測定、 血圧測定、 血液検査等	※1	500円	<input type="checkbox"/>
		※2		<input type="checkbox"/>

※1) 福岡市国民健康保険に加入している40～74歳の方。

※2) 各種健康保険組合、共済組合の40～74歳の被扶養者。  
加入保険により料金・内容が異なります。

がん検診も  
お忘れなく!

### ●福岡市のがん検診等

検診名	内容	対象	料金	<input checked="" type="checkbox"/>
胃がん	バリウムによる 胃透視	40歳 以上の方	600円	<input type="checkbox"/>
大腸がん	2日間採便による 便潜血検査	40歳 以上の方	500円	<input type="checkbox"/>
肺がん	胸部X線撮影	40歳 以上の方	500円	<input type="checkbox"/>
子宮頸がん (女性のみ2年度に1回)	子宮頸部粘膜の 細胞診	20歳以上	400円	<input type="checkbox"/>
乳がん (女性のみ2年度に1回)	マンモグラフィ	40歳代	1,300円	<input type="checkbox"/>
		50歳以上	1,000円	<input type="checkbox"/>
胃がん リスク検査 (ピロリ菌等)	血液検査	・35歳 ・40歳	1,000円	<input type="checkbox"/>

本紙にご記入いただいた内容は、  
労衛研予約受付センター・福岡市健康増進課へ  
提出いたします。

### ●オプション検査

検診名	内容	料金	<input checked="" type="checkbox"/>	
各種測定	骨密度	500円	<input type="checkbox"/>	
	体成分	500円	<input type="checkbox"/>	
	肺年齢	500円	<input type="checkbox"/>	
	脳年齢	500円	<input type="checkbox"/>	
	血管年齢	無料	<input type="checkbox"/>	
	乳腺超音波検査	5,500円	<input type="checkbox"/>	
	腹部超音波検査 (膵臓・脾臓・肝臓・腎臓・胆のう)	5,500円	<input type="checkbox"/>	
	心電図検査	1,500円	<input type="checkbox"/>	
	眼底検査	2,000円	<input type="checkbox"/>	
	視力・聴力検査	500円	<input type="checkbox"/>	
血液検査※3	心機能検査	2,000円	<input type="checkbox"/>	
	甲状腺機能検査	4,000円	<input type="checkbox"/>	
	肝炎ウイルス検査	2,000円	<input type="checkbox"/>	
	リウマチ検査	2,000円	<input type="checkbox"/>	
	検査 リウ 胃がん スク ク	ABC検査 (ペプシノーゲン・ピロリ菌抗体検査)	4,000円	<input type="checkbox"/>
		ペプシノーゲン	3,000円	<input type="checkbox"/>
		ピロリ菌抗体	2,000円	<input type="checkbox"/>
	腫瘍 マー カー	一般腫瘍マーカーセット	4,000円	<input type="checkbox"/>
		女性腫瘍マーカーセット	6,000円	<input type="checkbox"/>
		女性腫瘍マーカー (子宮がんのみ)	2,000円	<input type="checkbox"/>
男性腫瘍マーカーセット		6,000円	<input type="checkbox"/>	
男性腫瘍マーカー (前立腺がんのみ)		2,000円	<input type="checkbox"/>	
アレルギー 検査	鼻 炎	4,000円	<input type="checkbox"/>	
	喘 息	4,000円	<input type="checkbox"/>	
	皮膚炎	4,000円	<input type="checkbox"/>	
	食 物	4,000円	<input type="checkbox"/>	
	花粉症	2,000円	<input type="checkbox"/>	
	動 物	2,000円	<input type="checkbox"/>	

※3) よかドックまたは特定健康診査の受診者が対象です。

上記の内容を確認し、受診申し込みをします

ご署名