

オプション検査申込書

申込日： 年 月 日

当クリニックでは特にご希望の多い「がん（腫瘍マーカー）」検査（血液検査）を中心に、オプション検査をご用意しております。

※太枠内をすべてご記入ください。

個人情報の取扱いについては、健康診断以外の目的で使用することはありません。

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名					

※オプション検査一覧表のなかから希望する「検査項目」について、「受診希望」欄にチェック(✓)をつけて下さい。当日、受付にてオプション検査のご希望をお伝え下さい。

※19～24の検査につきましては、事前に（TEL 042-316-6312まで）ご予約下さい。

※各健康保険組合との契約により、料金の変更がある場合がございます。受付にてご確認をお願い致します。

種別	No	検査項目	料金 (税込)	受診希望
腫瘍マーカー（血液検査）	1	CEA	2,200円	
	2	CA15-3	2,200円	
	3	CA125	2,860円	
	4	CYFRA(シフラ)	3,300円	
	5	PSA	2,860円	
	6	CA19-9	2,860円	
	7	AFP(α-フェトプロテイン)	2,200円	
	8	PIVKA-II	2,860円	
	9	SCC	2,200円	
	10	NSE	2,860円	
	11	女性用セット(3種)	5,500円	
	12	男性用セット(3種)	6,050円	
血液検査	13	ピロリ菌抗体検査	2,200円	
	14	ペプシノゲン検査	3,300円	
	15	ABC分類検査	5,500円	
	16	NT-proBNP	3,300円	
	17	TSH・FT3・FT4	6,050円	
	18	肝炎ウイルス検査	3,850円	
超音波	19	腹部超音波検査	6,050円	
	20	乳房超音波検査	4,400円	
	21	乳がん検診(2方向撮影)	5,500円	
	22	子宮頸がん検査	3,850円	
	23	骨密度検査	2,200円	
	24	動脈硬化度検査	2,750円	