

* オプション検査申込書 *

ふりがな

ご希望の項目に○印をつけて受付にご提出ください。

お名前：

○印記入欄	項目名	金額 (外税)
	①胃部X線検査	¥9,000
	②内視鏡 (胃カメラ) 検査 (要予約) * 経鼻内視鏡検査	¥12,000
	③ABC検診	¥5,000
	④ピロリ菌検査	¥2,000
	⑤亜鉛検査	¥2,000
	⑥甲状腺検査 * 血液検査 (FT3・FT4・TSH)	¥5,000
	* 甲状腺超音波 (エコー) 検査	¥4,000
	⑦CA125 (女性のみ)	¥2,700
	⑧CA15-3 (女性のみ)	¥2,000
	⑨ヒト精巣上体タンパク4 (HE4) (女性のみ)	¥2,500
	⑩子宮頸部細胞診検査 * 内診・頸部細胞診	¥4,000
	* 内診・体部細胞診	¥10,000
	⑪ヒトパピロ-マウイルス 検査 (HPV) (女性のみ)	¥5,000
	⑫マンモグラフィ検査 * X線1方向	¥5,000
	* X線2方向	¥6,000
	⑬乳房超音波 (エコー) 検査 (要予約)	¥4,000
	⑭ジェノマ-カー * ミトコンドリアハプログループ	¥27,000
	⑮サインポスト遺伝子検査	¥35,000
	⑯CanTect * 総合検査コース	¥150,000
	⑰マイクロアレイ血液検査 (要予約)	¥100,000
	⑱アミノインデックス * 女性6種 (胃・肺・大腸・乳・子宮・膵臓)	¥25,000
	* 男性5種 (胃・肺・大腸・前立腺・膵臓)	¥25,000
	⑲CEA	¥2,000
	⑳CA19-9	¥2,400
	㉑AFP	¥2,000
	㉒PanaSee (パナシー) * 膵臓	¥16,000
	㉓LOX-index * 脳梗塞・心筋梗塞	¥12,000
	㉔動脈硬化検査	¥3,500
	㉕頸動脈超音波検査 (要予約)	¥3,500
	㉖PSA (男性のみ)	¥2,500
	㉗骨密度検査 * DXA法	¥2,000
	㉘腫瘍マ-カーセット * 基本セット⑲・⑳・㉑	¥4,500
	* 男性のみ ⑲・⑳・㉑・㉒	¥6,000
	* 女性のみ ⑦・⑲・⑳・㉑	¥6,000
	㉙SCC	¥2,000
	㉚NSE	¥3,000
	㉛喀痰細胞診検査	¥3,500
	㉜胸部CT検査	¥9,000
	㉝腹部超音波検査 (要予約) * 超音波 (エコー) 検査	¥5,000
	㉞ファットスキャン * 画像診断	¥3,000
	㉟アレルギー検査 39項目	¥15,000
	㊱感染症検査 * B型肝炎 (HBs抗原・抗体)	¥2,000
	* C型肝炎 (HCV抗体)	¥2,000
	* HBs抗原・HCV抗体セット	¥3,000
	* 梅毒 (RPR・TPHA)	¥1,500
	※その他ご希望の項目	