

オプション検査申込書

別紙【オプション検査のご案内】にて検査項目の詳しい解説がご覧いただけます。

★ オプション検査を希望される方は、以下の赤枠内をご記入頂き、健診当日にご持参願います。

会社名			
フリガナ		性別	
氏名		男・女	
生年月日	(S・H)	年 月 日	(歳)
連絡先TEL			

受診番号



医療法人社団 朋翔会

弥生ファーストクリニック

〒164-0012

東京都中野区本町2丁目46番1号

中野坂上サンプライトツイン3階

【TEL】03-3320-7211 【FAX】03-3320-7212

● 希望される検査の選択欄に○を記入願います。（料金は**税別**となります。）

No.	検査項目	料金	選択	No.	検査項目	料金	選択
A-1	頭部CT	¥ 15,000		F-1	肺セット (シフラ・CEA)	¥ 3,500	
A-2	脳梗塞リスクマーカー	¥ 9,000		F-2	肝臓セット (AFP・PIVKA-II)	¥ 3,500	
A-3	NTpro-BNP	¥ 3,000		F-3	膵臓セット (CA19-9・CEA)	¥ 3,500	
A-4	心電図検査	¥ 1,500		F-4	前立腺 (高感度PSA)	¥ 2,500	
B-1	胸部マルチスライスCT	¥ 12,000		F-5	早期がんマーカー (抗p53抗体)	¥ 3,000	
B-2	喀痰細胞診	¥ 3,000		F-6	卵巣・子宮 (CA125)	¥ 2,000	
B-3	シフラ	¥ 2,000		F-7	乳腺 (CA15-3)	¥ 2,000	
B-4	CEA	¥ 2,000		F-8	腫瘍マーカー4種セット	¥ 7,000	
C-1	上部消化器X線造影 (胃バリウム)	¥ 12,000		F-9	腫瘍マーカー男性5種セット	¥ 8,000	
C-2	上部消化器内視鏡 (胃カメラ)	¥ 17,000		F-10	腫瘍マーカー女性3種セット	¥ 5,000	
C-3	ピロリ菌抗体検査	¥ 2,000		F-11	腫瘍マーカー女性6種セット	¥ 9,000	
C-4	ペプシノーゲン	¥ 2,000		G-1	眼底検査	¥ 2,000	
C-5	胃部血液検査セット	¥ 3,500		G-2	眼圧検査	¥ 2,000	
C-6	腹部超音波検査	¥ 5,000		G-3	HBs抗原	¥ 2,000	
C-7	上腹部～下腹部マルチスライスCT	¥ 12,000		G-4	HCV抗体	¥ 2,000	
C-8	内臓脂肪CT	¥ 5,000		G-5	血液型検査	¥ 2,000	
C-9	便潜血検査 (2回法)	¥ 3,000		G-6	更年期症状	¥ 9,000	
D-1	マンモグラフィ	¥ 5,000		G-7	血液検査	¥ 3,300	
D-2	乳房超音波	¥ 5,000		★	サインポスト遺伝子検査	¥ 50,000	
D-3	子宮頸部細胞診	¥ 5,000		★	マイクロアレイ遺伝子検査	¥120,000	
D-4	HPV (ヒトパピローウイルス)	¥ 5,000					
E-1	CAP16～食物系～	¥ 8,000					
E-2	CAP16～アトピー成人～	¥ 8,000					
E-3	CAP16～花粉・鼻炎～	¥ 8,000					
E-4	CAP16～アレルギー性喘息～	¥ 8,000					
E-5	View39	¥ 20,000					

※ 検査料金は**自己負担**になります。

※ 検査料金のお支払い方法については貴社ご担当者様までご相談下さい。