

オプション検査申込書

受診日 H 年 月 日 号車

氏名(フリガナ)	性別	年齢	生年月日	カルテNo.
	男 女		年 月 日	
結果送付先(自宅・会社)			連絡先	
〒 —			() —	

希望される検査項目の申込欄に○印を記入してください。

	No.	検査項目	方法	内容・特記事項	内部コード	料金(税込)	ご希望の項目に○を記入ください	
巡回・集合・外来・西部共通	①	甲状腺機能検査	採血	TSH・FT ₄	9931(190)	4,000円		
	②	胃粘膜萎縮検査	採血	ペプシノゲン	9932(142)	3,000円		
	③	胃潰瘍検査	採血	血清ヘリコバクター・ピロリ抗体	9933(142)	3,000円		
	②+③	胃粘膜萎縮検査 + 胃潰瘍検査	採血	ペプシノゲン 血清ヘリコバクター・ピロリ抗体	9932(257) 9933	5,400円		
	④	B型肝炎検査	採血	HBs抗原	9934(66)	1,400円		
	⑤	C型肝炎検査	採血	HCV抗体	9935(114)	2,400円		
	⑥	糖尿病検査	採血	ヘモグロビンA1c	9938(47)	1,000円		
	⑦	血液型検査	採血	ABO・Rh型	9937(47)	1,000円		
	⑧	肺がん検査	喀痰	*検査容器送付のため、 検査1週間前迄に お電話ください。	(114)	2,400円		
⑨	大腸がん検査	便	*検査容器送付のため、 検査1週間前迄に お電話ください。	(71)	1,500円			
外来のみ	⑩	乳がん検診	視触診+マンモグラフィ 視触診+乳腺エコー 視触診+マンモグラフィ+乳腺エコー	月～金 午前及び 月曜午後・第2土曜午前 事前予約制となっております。 予約TEL:092-611-6311		3,500円 3,500円 6,000円		
	⑪	子宮頸がん検診	内診察子宮細胞診 HPV検査			診察・細胞診 2,100円 HPV検査 4,200円		
	⑫	肺がん検診	胸部ヘリカルCT 肺機能検査 喀痰細胞診	*喀痰細胞診を希望される方は検査 容器送付のため、検査1週間前迄 にお電話ください。		10,000円 喀痰検査なしの場合 8,000円		
	⑬	内臓脂肪測定	腹部CT	腹腔内の脂肪面積を測定します。		2,500円		
	⑫、⑬のCT検査は、土曜日は実施しておりません。							
	⑭	頸動脈超音波検査	超音波	動脈硬化の進行を推測します。		3,500円		
	⑮	腹部超音波検査	超音波	*絶食が必要です		5,500円		
	⑯	骨健康度検査	超音波	足のかかとの部分で測定します。		1,500円		
	⑰	肺機能検査	スパイロメーター	肺活量・1秒率		2,200円		
⑱	眼底・眼圧検査	眼底写真 眼圧計	瞳孔を開くための薬(散瞳薬)は使用しません。 検査後少し眩しく感じる場合があります。		1,550円			
小 計						円		
合 計 金 額						円		

※⑱～㉔簡易がん検査(腫瘍マーカー)のお申し込みは裏面をご覧ください。

「外来のみ」とした項目は、当センター(東区)のみで受診できます。巡回、集合、西部健診会場ではご受診できません。

オプション検査料金は、当日窓口にてお支払いとなりますのでご了承ください。尚、巡回健診の場合は当日釣銭のいらぬよう、ご協力をお願いいたします。

オプション検査結果は、プライバシー保護のため一般の健康診断結果とは別報告となります。また、一般の健康診断より結果報告が遅れることがございます。予めご了承ください(お勤め先等、第三者には報告いたしません)。

