



**FAX 0868-26-1071 石川病院**



## 人間ドック申込書

お申込日	平成 年 月 日		
ふりがな		性別	
氏名		男・女	
生年月日	昭和 平成 年 月 日		
住所	郵便番号 -		
連絡先	携帯電話		
	自宅又はお勤め先		
	電子メール @		
連絡方法	携帯電話 ・ 自宅 ・ お勤め先 ・ 電子メール		
受診希望日	第1候補日	平成 年 月 日	
	第2候補日	平成 年 月 日	
	第3候補日	平成 年 月 日	
結果説明	医師による説明を希望 ・ 結果のみ郵送を希望		
追加オプション ご希望に☑をしてください。 全て希望の場合こちらに☐	<input type="checkbox"/>	7LJ-L感受性遺伝子検査（口腔粘膜）	5,700円
	<input type="checkbox"/>	肥満遺伝子検査（口腔粘膜）	7,290円
	<input type="checkbox"/>	腹部エコー(超音波検査・肝・胆・腎・脾・膵)（機器検査）	5,500円
	<input type="checkbox"/>	肺活量検査（機器検査）	3,000円
	<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー CEA（採血検査）	2,100円
	<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー CA19-9（採血検査）	2,100円
	<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー AFP（採血検査）	2,100円
	<input type="checkbox"/>	前立腺がん検査 PSA（採血検査）	2,100円
	<input type="checkbox"/>	喀痰細胞診（痰培養）	3,600円
	<input type="checkbox"/>	肺がん検査（CT撮影）	10,000円
	<input type="checkbox"/>	B型肝炎ウイルス HBs抗原（採血検査）	3,700円
	<input type="checkbox"/>	C型肝炎ウイルス HCV抗体定性・定量（採血検査）	3,700円
	<input type="checkbox"/>	骨塩定量検査(MD法、SEXA法)（機器検査）	1,500円
	<input type="checkbox"/>	甲状腺検査 TSH FT3 FT4（採血検査）	5,600円
	<input type="checkbox"/>	ピロリ健診（便検査）	3,000円
	<input type="checkbox"/>	がんABC健診 ピロリ抗体+ペプシノゲン（採血検査）	3,800円
<input type="checkbox"/>	血管伸展性検査 ABI(PVW)（機器検査）	1,100円	
<input type="checkbox"/>	肺気腫(肺がん検査のCT撮影をした場合選択可)	3,150円	
<input type="checkbox"/>	内臓脂肪(肺がん検査のCT撮影をした場合選択可)	3,150円	

■この用紙をご記入の上、石川病院へご返送下さい。

医療法人 東浩会 石川病院 Fax0868-26-1071 代表電話0868-26-2188

〒708-0841 岡山県津山市川崎554-5 健診専用メール medicalcheckup@toukou.or.jp