

FAX オプションお申込み用紙
FAX 072-485-0726

必ずご記入下さい	
ご予約日	平成 年 月 日
氏名	
生年月日	T・S・H 年 月 日
連絡先	TEL FAX

名称	ご希望
1 肺がんドック A	
2 肺がんドック B	
3 腹部CT検査	
4 上腹部エコー検査	
5 頸動脈エコー検査	
6 甲状腺エコー検査	
7 心臓エコー検査 (要予約)	
8 心臓ドック (要予約)	
9 肺機能検査フロボリューム	
10 腫瘍マーカー検査	
11 前立腺腫瘍マーカー検査	
12 骨ドック	
13 骨塩定量検査 (X線撮影法)	
14 甲状腺ドック	
15 甲状腺検査	

名称	ご希望
16 アレルギー検査	
17 子宮がん健診 (子宮頸部)	
18 婦人科エコー検査	
19 乳がん健診	
20 大腸がん健診 (便潜血検査)	
21 眼底カメラ検査	
22 C型肝炎抗体検査	
23 B型肝炎抗原検査	
24 血液型	
25 LOX-index (ロックスインデックス)	
26 PET健診	

社会福祉法人恩賜財団済生会支部
大阪府済生会新泉南病院
健康管理センター
〒590-0535 泉南市りんくう南浜3番7
TEL(072)480-5622