

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	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 A	
17 アレルギー検査 B	
18 子宮がん検査 (子宮頸部)	
19 婦人科エコー検査	
20 乳がん検査	
21 大腸がん検査 (便潜血検査)	
22 眼底カメラ検査	
23 C型肝炎抗体検査	
24 B型肝炎抗原検査	
25 血液型	
26 LOX-index (ロックスインデックス)	
27 内臓脂肪CT検査	
28 胸部X-P	
29 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