

2025年 3月～

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	
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	

名称	ご希望
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 血圧脈波検査	
30 動脈硬化セットA	
31 動脈硬化セットB	
32 NT-proBNP検査 (心不全マーカー)	
50 風疹抗体検査	
51 麻疹抗体検査 (はしか)	
52 ムンプス抗体検査 (おたふくかぜ)	
53 水痘抗体検査 (みずぼうそう)	
100 PET健診	

※オプション検査の支払いについて

○をつけてください

- ・健診当日に本人が窓口で支払い
- ・事業所に請求
- ・その他()

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 大阪府泉南市りんくう南浜3番7

TEL (072)480-5622

FAX (072)485-0726