

FAX オプション検査 お申込用紙

FAX 072-485-0726

FAX 送信日

月 日

ご予約日	年	月	日
フリガナ 氏名			
生年月日	T・S・H	年	月 日
連絡先	TEL	FAX	

オプション検査の支払いについて
どちらかに✓をつけてください。

健診当日に本人が
窓口でお支払い

事業所
に請求

オプション名	料金(円)	申込 ○
肺がんドック A	13,750円	
肺がんドック B	17,050円	
胸部X線検査	2,200円	
肺機能フロボリューム	2,200円	
腹部CT検査	13,200円	
上腹部エコー検査	6,050円	
内臓脂肪CT検査	5,500円	
大腸がん検査	1,650円	
B型肝炎抗原検査	1,100円	
C型肝炎抗体検査	2,200円	
甲状腺検査	4,950円	
甲状腺エコー検査	6,050円	
甲状腺ドック	9,350円	
NT-proBNP検査	2,750円	
心臓エコー検査	9,350円	
心臓ドック	44,000円	
前立腺腫瘍マーカー検査	2,200円	
腫瘍マーカー検査	5,500円	
膵臓がん採血検査	4,400円	

オプション名	料金(円)	申込 ○
頸動脈エコー検査	6,050円	
血圧脈波検査	1,650円	
動脈硬化セット A	7,370円	
動脈硬化セット B	19,800円	
LOX-index(ロックスインデックス)	13,200円	
骨塩定量検査	2,750円	
骨ドック	7,150円	
アレルギー検査 A	6,600円	
アレルギー検査 B(48種類)	15,400円	
血液型	550円	
風疹抗体検査	2,200円	
麻疹抗体検査(はしか)	2,200円	
ムンプス抗体検査(おたふくかぜ)	2,200円	
水痘抗体検査	2,200円	
子宮がん検診(子宮頸部)	3,850円	
婦人科エコー検査	6,050円	
乳がん検診	8,250円	
眼底検査(両眼撮影)	1,650円	
眼圧検査	1,650円	
PET-CT検査	89,100円	



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

TEL : 072-480-5622 FAX : 072-485-0726

HP : <https://saiseikaisennan.jp>

2026.4発行