

2022年度 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ウム | |
| 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 | |

| 名称 | ご希望 |
|---------------------------|-----|
| 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 血圧脈波検査 | |
| 30 動脈硬化セットA | |
| 31 動脈硬化セットB | |
| | |
| 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 泉南市りんくう南浜3番7
 TEL(072)480-5622