

オプション検査 申込書

受診番号

月	日
---	---

氏名	
----	--

受診番号

ご希望される検査項目の にレを記入してください。

◎ 腫瘍マーカー検査

- 婦人科セット(CEA・SCC・CA125)…………… 4,590円
- 消化器セット(CEA・CA19-9)…………… 3,780円
- 肺がんセット(CEA・SLX・SCC)…………… 4,590円
- 肺がん・消化器セット(CEA・SLX・SCC・CA19-9)…………… 6,480円
- 前立腺がん(PSA)…………… 2,160円

◎ 甲状腺の検査

- ホルモンと自己抗体の測定…………… 5,400円

◎ 胃粘膜の健康度検査

- 胃のピロリ菌感染の有無…………… 2,160円
- ペプシノゲン検査(胃粘膜の萎縮度)…………… 3,240円
- 胃の健康度ABC分類…………… 5,400円

◎ ウィルス性肝炎の検査

- B型肝炎抗原…………… 1,620円
- C型肝炎抗体…………… 2,160円
- B型肝炎抗原とC型肝炎抗体…………… 3,780円