

ペプシノゲン法・腫瘍マーカーの検査申し込み書

(血液検査にて、胃の健診・ガン検査が出来ます)

検査項目	異常を示す病気	男性 向け	女性 向け	男女 共通	料金 (税込)	希望に ○印
① ペプシノゲン法	萎縮性胃炎・胃ガン・消化性潰瘍			○	¥1,890	
② CEA	消化器系ガン(大腸ガン・胃ガン)・膵ガン・肺ガン 肝硬変・肝 炎・肺疾患・胃潰瘍・腎ガン			○	¥945	
③ TPA	消化器系ガン(胃ガン・大腸ガン)・肝細胞ガン・膵ガン 急性肝炎・慢性肝炎・胃潰瘍・乳ガン・膀胱ガン			○	¥1,155	
④ CA19-9	消化器系ガン(膵ガン・胆のう・胆管ガン) 肝硬変・肝 炎・慢性膵炎・胆石症			○	¥1,155	
⑤ AFP	肝細胞ガン 肝 炎・肝硬変			○	¥945	
⑥ SCC	肺の扁平上皮ガン・子宮頸管部ガン・皮膚ガン 食道ガン・卵巣ガン			○	¥1,155	
⑦ PSA	前立腺ガン 前立腺肥大症・前立腺炎	○			¥1,155	
⑧ CA125	卵巣ガン・子宮内膜ガン・子宮内膜症・子宮筋腫		○		¥1,323	
⑨ CA15-3	乳ガン		○		¥1,323	
					合計金額	

※希望者は自己負担にて願います。

上記○印 _____ 種類の検査を申し込みます。

四 国 健 診 協 会
セ ン ト ラ ル ク リ ニ ッ ク 宛

NO. _____

_____ H 年 月 日

会社名						
社員名						
性別	男 性	女 性				
生年月日	S・H	年	月	日	年 齢	歳