

定期健康診断お申し込みFAX用紙

**FAX : 022-384-5177**

お客様情報

フリガナ		生年月日	T S H R	年 月 日	性別
お名前					男・女
住所	〒	電話番号			
ご希望日	※ご希望日の1週間前までにお申し込みをお願いします。 ※ご希望者が多い場合や、年末年始・お盆・日曜日等は、ご希望の日程をお取りできない場合があります。 ご了承ください。				
	第一希望	月 日	第二希望	月 日	第三希望 月 日

健診オプション

※受診したい項目にチェックマークを付けてください。

<p>■動脈硬化</p> <p><input type="checkbox"/> 頸動脈超音波</p> <p><input type="checkbox"/> 血圧脈波 (PWV/ABI)</p> <p><input type="checkbox"/> ホモシスチン</p>	<p>■腫瘍マーカー</p> <p><input type="checkbox"/> CEA</p> <p><input type="checkbox"/> CA19-9</p> <p><input type="checkbox"/> PSA (男性)</p> <p><input type="checkbox"/> CA125 (女性)</p> <p><input type="checkbox"/> SCC</p> <p><input type="checkbox"/> AFP</p> <p><input type="checkbox"/> CYFRA</p> <p><input type="checkbox"/> Pro-GRP</p> <p><input type="checkbox"/> 抗 P53 抗体</p>
<p>■肺</p> <p><input type="checkbox"/> 喀痰細胞診</p>	
<p>■胃 部</p> <p><input type="checkbox"/> 血中ピロリ菌抗体</p> <p><input type="checkbox"/> ABC (ピロリ菌抗体+ペプシノーゲン) 検査</p>	<p>■アレルギー検査</p> <p><input type="checkbox"/> View39</p>
<p>■腹 部</p> <p><input type="checkbox"/> 腹部超音波</p>	<p>■肝炎ウイルス検査</p> <p><input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (HCV 抗体、HBs 抗原・抗体)</p>
<p>■大 腸</p> <p><input type="checkbox"/> 便潜血反応検査 (2 回法)</p>	<p>■そ の 他</p> <p><input type="checkbox"/> 眼底検査</p> <p><input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群検査 (SAS)</p>
<p>■膀胱前立腺</p> <p><input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺超音波 (PSA 含む)</p>	
<p>■骨密度測定</p> <p><input type="checkbox"/> 骨密度測定</p>	



守健診内科

〒981-1224  
宮城県名取市増田1丁目9-21  
TEL : 022-384-5171  
<https://moriken-naika.com>

健康診断予約受付番号

090-8617-1211