

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。

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



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