

オプション検査 申込書

☆オプション検査を希望される方は、健診当日に窓口で問診票と一緒にこちらの用紙を提出してください。
現金またはクレジットカード(Visa・Master)でのお支払いとなります。

●腫瘍マーカー

検査項目	検査内容 等	健診料金(円)		希望検査欄に○を記入してください
		総額(税込)	本体価格(税抜)	
CEA	消化器系のガン(胃ガン、大腸ガンなど)	3,300	3,000	
α-フェト蛋白(精密法)【AFP】	肝臓ガン	1,430	1,300	
CA19-9	すい臓ガン	3,850	3,500	
シフラ	肺ガンの早期発見	3,850	3,500	
エラスターゼ I	すい臓ガン(CA19-9との併用をオススメ)	3,850	3,500	
SCC抗原	子宮頸部、肺、食道、尿路、皮膚 等	2,750	2,500	
PSA	前立腺ガン、前立腺炎、前立腺肥大	3,300	3,000	
CA125	卵巣ガン、子宮内膜症、卵巣腫瘍	3,850	3,500	
				合計(項目数)

※腫瘍マーカー検査については、希望の項目数によって下記セット料金が適用となります。

項目数	健 診 料 金 (円)	
	総額(税込)	本体価格
2項目	5,500	5,000
3項目	7,700	7,000
4項目以上	9,900	9,000

●その他 血液検査

検査項目	検査内容 等	健診料金(円)		希望検査欄に○を記入してください
		総額(税込)	本体価格(税抜)	
胃がんリスク	ピロリ菌の有無と胃がんの可能性を調べます	4,730	4,300	
甲状腺機能検査(TSH、FT4)	甲状腺機能	6,600	6,000	
CRP	感染症の可能性を調べます	660	600	
リウマチ	リウマチ因子を検出	550	500	
風疹抗体検査(EIA)	風疹に対する抗体価を調べます	2,860	2,600	
血液型検査	ABO・Rh	880	800	

※こちらに記載のない項目を希望される方は、当診療所までお問い合わせをお願いいたします。