

腫瘍マーカー申込書 (定期健康診断・人間ドック・その他)

記号	事業所名				担当者名	
	所在地	〒			電話番号	
	番号	ふ り が な 氏 名	生年月日	性別	腫瘍マーカー	
本 人			S H R	男・女	①1,650 ②2,500 ③2,500 ④2,500 ⑤3,500 ⑥3,500 ⑦単項目 _____, _____円	
			S H R	男・女	①1,650 ②2,500 ③2,500 ④2,500 ⑤3,500 ⑥3,500 ⑦単項目 _____, _____円	
			S H R	男・女	①1,650 ②2,500 ③2,500 ④2,500 ⑤3,500 ⑥3,500 ⑦単項目 _____, _____円	
			S H R	男・女	①1,650 ②2,500 ③2,500 ④2,500 ⑤3,500 ⑥3,500 ⑦単項目 _____, _____円	
			S H R	男・女	①1,650 ②2,500 ③2,500 ④2,500 ⑤3,500 ⑥3,500 ⑦単項目 _____, _____円	
家 族			S H R	男・女	①1,650 ②2,500 ③2,500 ④2,500 ⑤3,500 ⑥3,500 ⑦単項目 _____, _____円	
			S H R	男・女	①1,650 ②2,500 ③2,500 ④2,500 ⑤3,500 ⑥3,500 ⑦単項目 _____, _____円	

検査項目		特異性の高い臓器	料 金
⑦ 単 項 目	AFP (αフェトプロテイン)	肝臓	850円
	CEA	肺・消化器	850円
	CA19-9	膵臓	1,000円
	男 PSA	前立腺	1,080円
	女 CA125	子宮・卵巣	1,150円

※希望するコースの番号に○印をつけてください。
⑦の項目希望の場合は検査項目と料金を記入してください。

	検査項目	料 金
①	AFP+CEA	1,650円
②	AFP+CEA+CA19-9	2,500円
③男	AFP+CEA+PSA	2,500円
④女	AFP+CEA+CA125	2,500円
⑤男	AFP+CEA+CA19-9+PSA	3,500円
⑥女	AFP+CEA+CA19-9+CA125	3,500円

上記のとおり腫瘍マーカー _____ 名分を申し込みます。

令和 年 月 日