

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			M T S	男・女	1,650 2,500 2,500 2,500 3,500 3,500 単項目 _____ , _____ 円
			M T S	男・女	1,650 2,500 2,500 2,500 3,500 3,500 単項目 _____ , _____ 円
			M T S	男・女	1,650 2,500 2,500 2,500 3,500 3,500 単項目 _____ , _____ 円
			M T S	男・女	1,650 2,500 2,500 2,500 3,500 3,500 単項目 _____ , _____ 円
			M T S	男・女	1,650 2,500 2,500 2,500 3,500 3,500 単項目 _____ , _____ 円
家 族			M T S	男・女	1,650 2,500 2,500 2,500 3,500 3,500 単項目 _____ , _____ 円
			M T S	男・女	1,650 2,500 2,500 2,500 3,500 3,500 単項目 _____ , _____ 円

検査項目		特異性の高い臓器	料 金
単 項 目	AFP (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。
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
	AFP+CEA	1,650円
	AFP+CEA+CA19-9	2,500円
男	AFP+CEA+PSA	2,500円
女	AFP+CEA+CA125	2,500円
男	AFP+CEA+CA19-9+PSA	3,500円
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。

平成 年 月 日