

FAX オプションお申込み用紙
FAX 072-479-7673

必ずご記入下さい	
ご予約日	平成 年 月 日 () 曜日
ふりがな	
氏 名	
生年月日	T・S・H 年 月 日
連絡先	TEL FAX

名 称	ご希望
1 脳ドック A	
2 脳ドック B	
3 肺がんドック A	
4 肺がんドック B	
5 腹部CT検査	
6 上腹部エコー検査	
7 頸動脈エコー検査	
8 甲状腺エコー検査	
9 ABI検査	
10 骨塩定量検査 (DEXA法)	
11 アミノインデックス がんリスクスクリーニング	
12 子宮がん検診 (希望項目に○印) (頸部・体部・HPV)	
13 乳がん検診・	

名 称	ご希望
14 腫瘍マーカー検査 (基本)	
15 腫瘍マーカー検査 (肺)	
16 腫瘍マーカー検査 (肝臓)	
17 腫瘍マーカー検査 (膵臓)	
18 腫瘍マーカー検査 (子宮・卵巣)	
19 腫瘍マーカー検査 (前立腺)	
20 甲状腺血液検査	
21 HbA1C (糖尿病検査)	
22 ヘリコバクター・ピロリ抗体検査	
23 B型肝炎抗原検査	
24 C型肝炎抗体検査	
25 血液型	
26 大腸がん検診	
27 眼底・眼圧検査	
28 心電図	

社会医療法人 慈薫会
河崎病院 健診センター

〒597-0104 貝塚市水間244番地
TEL (072) 479-7677
FAX (072) 479-7673

※FAX以外に、お電話でもお申し込み頂けます。