

オプション検査項目申込書（受診日： 月 日・氏名： 様）

当院では、検診に含まれていない検査をオプション検査にてご用意しております。
ご希望の検査項目チェック欄に○印をつけて、事前にお申し込み下さい。

チェック欄	検査項目	主な関連疾患	検査案内	金額
	腹部超音波	各臓器の病気や脂肪肝		5,250
	頸動脈超音波	動脈硬化等		3,150
	胸部CT	肺ガン	最新マルチスライスCTを用い 低線量で撮影します。	5,250
	眼底検査	眼の病気や高血圧等		1,680
	肺機能検査	タバコの影響や呼吸器疾患		3,150
	骨塩量	骨粗鬆症		1,680
	HBs抗原	B型肝炎	※当日の血液で検査ができます。	1,050
	HCV抗体	C型肝炎		1,470
	ピロリ菌検査	胃炎、胃潰瘍 等		2,100
	CA19-9・CEA	消化器のがん		2,800
	FT4・TSH	甲状腺機能亢進症等		3,150
	PSA	前立腺ガン（男性のみ）		1,680
	乳房X線検査 （マンモグラフィ）	乳ガン	1方向撮影	3,500
	乳房X線検査 （マンモグラフィ）	乳ガン	2方向撮影	4,500

オプション合計額 0円

（消費税は内税です。オプション検査料は、検査終了後、病院窓口でお支払いください。）