

PETがん検診予約申込書

予約申込み
(PET専用)

電話・FAX 0120-373-468

お電話にてご予約いただくか、こちらの用紙にご記入の上FAXしてください。

お申込み日 令和 年 月 日

フリガナ				性別	<input type="radio"/> 男	
お名前	印			性別	<input type="radio"/> 女	
フリガナ	〒					
自宅住所						
生年月日	<input type="text" value="昭和"/> 年	<input type="text" value="平成"/> 年	月	日	性別	才
身長	cm	体重	kg			
自宅電話番号	()	-				
携帯番号	-	-				
フリガナ			所属部署			
勤務先名			役職			
フリガナ	〒					
勤務先住所						
勤務先電話番号	-	-				

ご連絡先	<input type="radio"/> 自宅	<input type="radio"/> 会社	<input type="radio"/> 携帯
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ご予約コース	<input type="checkbox"/> P1 プレミアムコース	オプション			
	<input type="checkbox"/> P2 スタンダードコース	<input type="checkbox"/> 脳検診	<input type="checkbox"/> 超音波検査		
	<input type="checkbox"/> P3 シンプルコース	<input type="checkbox"/> 心電図検査	<input type="checkbox"/> すい臓がんリスク検査		
	<input type="checkbox"/> ドックPETコース	<input type="checkbox"/> アレルギー検査			
検診希望日	第1希望	令和	年	月	日
	第2希望	令和	年	月	日
希望事項					

事務使用欄					
-------	--	--	--	--	--

担当者(記入不要)	D B	M R
	無・()	可・()

■お申し込みの際に頂いた個人情報は、当センターの目的に添って使用し、他の目的には利用致しません。

■受診日時は別途お打合せさせていただきます。
■お支払いは、検査当日に「現金」か「クレジットカード」でお願いします。

オプション検査一覧		適応コース			
		P1	P2	P3	ドックPET
超音波検査	腹部(肝臓、胆のう、すい臓、腎臓、消化管)/前立腺(男性のみ)、膀胱、甲状腺	●	※	—	● 腹部のみ
脳検診	頭部MRI・MRA、頸部MRA	※	※	—	※
心電図検査	標準12誘導	※	※	—	●
すい臓がんリスク検査	Prodrome-PAC(血液検査ですい臓がんのリスクを検査します。)	※	※	※	—
アレルギー検査	View39(39種類のアレルゲン(アレルギーの原因となる物質)を調べることができる検査です。)	※	※	※	—

腫瘍マーカー検査一覧		10種類	7種類	—	7種類
		CEA	肺がん(組織特異性が低い項目)、食道がん、胃がん、大腸がん、乳がんの検査です。	●	●
CA19-9	すい臓がん、胆道がん、胃がんの検査です。	●	●	—	●
PSA(男性のみ)	前立腺特異抗体。前立腺がん及び前立腺疾患の検査です。	●	●	—	●
CA125(女性のみ)	卵巣がんの検査です。	●	●	—	●
AFP	肝臓がんの検査です。	●	●	—	●
SCC	SCC 抗原検査。肺扁平上皮がん、食道がん、子宮頸がんの検査です。	●	●	—	●
シフラ	肺扁平上皮がん、食道がんの検査です。	●	●	—	●
γ-Sm(男性のみ)	前立腺がんの検査です。	●	●	—	●
CA15-3(女性のみ)	乳がんの検査です。	●	●	—	●
sIL-2R	可溶性インターロイキン-2レセプター。悪性リンパ腫の検査です。	●	—	—	—
PIVKA-II	PIVKA-II定量。肝臓がんの検査です。	●	—	—	—
SLX	肺腺がん、すい臓がん、卵巣がんの検査です。	●	—	—	—

■●印は標準実施検査、※印はオプション検査です。