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	①1,800　②2,700　③2,700　④2,700 ⑤3,700　⑥3,700 ⑦単項目＿＿＿＿＿，＿＿＿＿＿＿円
			S H R	男・女	①1,800　②2,700　③2,700　④2,700 ⑤3,700　⑥3,700 ⑦単項目＿＿＿＿＿，＿＿＿＿＿＿円
			S H R	男・女	①1,800　②2,700　③2,700　④2,700 ⑤3,700　⑥3,700 ⑦単項目＿＿＿＿＿，＿＿＿＿＿＿円
			S H R	男・女	①1,800　②2,700　③2,700　④2,700 ⑤3,700　⑥3,700 ⑦単項目＿＿＿＿＿，＿＿＿＿＿＿円
			S H R	男・女	①1,800　②2,700　③2,700　④2,700 ⑤3,700　⑥3,700 ⑦単項目＿＿＿＿＿，＿＿＿＿＿＿円
家族			S H R	男・女	①1,800　②2,700　③2,700　④2,700 ⑤3,700　⑥3,700 ⑦単項目＿＿＿＿＿，＿＿＿＿＿＿円
			S H R	男・女	①1,800　②2,700　③2,700　④2,700 ⑤3,700　⑥3,700 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	９５０円
	ＣＥＡ		肺・消化器	９５０円
	ＣＡ１９－９		膵臓	１，２００円
	男	ＰＳＡ	前立腺	１，２００円
	女	ＣＡ１２５	子宮・卵巣	１，３００円

※希望するコースの番号に〇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	１，８００円
②	ＡＦＰ＋ＣＥＡ＋ＣＡ１９－９	２，７００円
③男	ＡＦＰ＋ＣＥＡ＋ＰＳＡ	２，７００円
④女	ＡＦＰ＋ＣＥＡ＋ＣＡ１２５	２，７００円
⑤男	ＡＦＰ＋ＣＥＡ＋ＣＡ１９－９＋ＰＳＡ	３，７００円
⑥女	ＡＦＰ＋ＣＥＡ＋ＣＡ１９－９＋ＣＡ１２５	３，７００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