神戸市セット健診　FAXご予約票 FAX: 078-652-5211

ご案内の発送時は、ご予約の電話が大変込み合いまして、

大変ご迷惑をおかけしています。

本票に所定事項をご記入いただき、FAX送信していただきましたら、

届きました順に当方からご連絡させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 | 様 |
| ご連絡先 １ | －　　　　　－ |
| ご連絡先 ２ | －　　　　　－ |
|  | |
| ご希望日 １ | 月　　　　　日　（　　　　　） |
| ご希望日 ２ | 月　　　　　日　（　　　　　） |
| ご希望日 ３ | 月　　　　　日　（　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **神戸市がん検診・市民健診 および ｵﾌﾟｼｮﾝ検査　（○印を付けて下さい）　　　　　＊詳しくは案内をご覧ください** | | | | | （税込） |
| 〇 | 頭部MR検査 | \25,080 | 〇 | 腹部超音波検査 | \5,500 |
| 〇 | 胃部Ｘ線検査　　　 　　　　**がん検診** | **\600** | 〇 | 甲状腺セット検査(超音波･TSH) | \5,500 |
| 〇 | 胃内視鏡検査　　　　　　　**がん検診** | **\2,000** | 〇 | 甲状腺機能検査(TSH･FT3･FT4) | \4,950 |
| 〇 | 胃内視鏡検査 | \18,920 | 〇 | 貧血検査 **市民健診** | **\300** |
| 〇 | 子宮頸がん検査 | \4,070 | 〇 | 心電図検査 **市民健診** | **\1,200** |
| 〇 | 子宮頸がん検査　　　　 　**がん検診** | **\1,７00** | 〇 | 眼底検査 **市民健診** | **\1,200** |
| 〇 | 乳がん検査(ﾏﾝﾓ2方向) **がん検診** | **\2,000** | 〇 | PSA検査（前立腺がん） **市民健診** | **\1,000** |
| 〇 | 乳がん検査(ﾏﾝﾓ1方向) **がん検診** | **\1,500** | 〇 | AFP検査 | \2,090 |
| 〇 | 乳がん検査(視触診・ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ) | \6,050 | 〇 | CA19-9検査 | \2,090 |
| 〇 | 乳がん検査(視触診・乳房ｴｺｰ) | \5,830 | 〇 | CA125検査 | \2,090 |
| 〇 | 骨粗しょう症検査　　　 　　**市民健診** | **\1,000** | 〇 | CEA検査 | \2,090 |
| 〇 | 骨量測定検査(DXA法) | \3,960 | 〇 | 便中ﾍﾘｺﾊﾞｸﾀｰ･ﾋﾟﾛﾘ抗原検査 | \3,850 |

＊神戸市がん検診等の対象年齢はご予約時にご確認ください。

HP用