

金曜会 各位

金曜会 会 長 宮崎 隆行
総務副会長 磯貝優二郎
総務委員長 上田 光平

血液検査 申込書

血液検査について以下のとおりご案内をさせていただきます。ご家族様もお誘い合せの上、検診にご参加下さいますようお願い申し上げます。

記

日 時 令和 7 年 1 月 10 日(金)10 時～ 随時採血を行います。 ※1

場 所 ㈱兵庫県臨床検査研究所

姫路市青山西 5 丁目 6 - 2 TEL079-267-1251

申込先 総務 中里まで 申込期限： 1 2 月 3 1 日(火)

メール：saku.t511@gmail.com FAX(山田)：079-266-2605 問合せ先：080-3830-5952

【御一人様につき一枚ずつ記入して下さい】

検査項目 ※1	費用	ご希望の検査に○印
① 生活習慣病セット	4,000 円	
② 心不全 BNP 検査	1,400 円	
③ 腫瘍マーカーセット (男) CEA・CA19-9・PSA (女) CEA・CA19-9・CA125	3,000 円	
④ 胃癌 ABC 検診 ※2	2,500 円	
⑤ 大腸癌 便潜血法 ※3	1,000 円	
⑥ 甲状腺ホルモンセット	1,500 円	
⑦ アレルギー検査セット	10,000 円	
⑧ マイナイチンゲール(高血圧症・糖尿病・心不全等)リスク検査	10,000 円	
⑨ LOX-index(脳梗塞、心筋梗塞)リスク検査	9,000 円	
⑩ MCI プラス(軽度認知症)リスク検査	16,000 円	
⑪ プロトキーすい臓がんリスク検査	10,000 円	
⑫ プロトキー大腸癌リスク検査	10,000 円	
(お支払いは検査当日となります)	費用合計	円

■会 員 名 _____

■受診者ご本人の氏名： _____ 【性別 男・女】

【注意事項】

※1 血液検査のみの方は当日採血します。

※2 胃切除の方は検査不適です。 ペプシノゲンとピロリ菌との組み合わせでレントゲンに変わる検査です。

※3 検便容器は後日お渡しますので早めにお申込み下さい。

以上