

アミノインデックスがんスクリーニング AICS検査予約申込書 (FAX:078-304-7782)

料金 男性5種 : 25,000円 (税別) 女性6種 : 25,000円 (税別)

① ②枠内全てご記入下さい。ファックス送信後 当日用紙をご持参下さい。

I D :

①	ふりがな 氏名	申込日	平成	年	月	日
	様 (男 / 女)					
	生年月日	大正	昭和	平成	年	月 日
	住所(郵送先)〒					歳
	電話					FAX
②	検査希望日ご記入の上 希望時間帯を○で囲んで下さい。					
	第1希望	年	月	日	9時	9時30分
					10時	10時30分
					11時	11時30分
	第2希望	年	月	日	9時	9時30分
					10時	10時30分
					11時	11時30分

＜当日検査前の注意事項＞

当日窓口にて全ての項目に了承いただいた場合のみ検査可能となります。

検査前から食後 8 時間空いていますか。お水は飲んでいただいても大丈夫です。	確認 <input type="checkbox"/>
アミノ酸サプリ・製剤・スポーツ飲料・牛乳・ジュースは飲んでいませんか。	確認 <input type="checkbox"/>
妊娠されている方は AICS 値に影響が出ますので検査は受けられません。	確認 <input type="checkbox"/>
アミノインデックスがんリスクスクリーニングはがんを確定するものではありません。	確認 <input type="checkbox"/>
検査結果は外来にお越し頂き、医師より結果説明致します。 診察予約はAICS検査当日に事務担当者をご本人様へ確認をさせていただきます。 その際に、郵送をご希望の場合はお申出下さい。	確認 <input type="checkbox"/>
検査の対象となるがんと年齢があります。対象外の場合検査結果が出ません。	確認 <input type="checkbox"/>

検査種類	【男性】	男 性 【5 種】	
年齢確認	対象年齢	実年齢	確認
胃がん	25～90歳		
肺がん	25～90歳		
大腸がん	25～90歳		
前立腺がん	40～90歳		
膵臓がん	25～90歳		

検査種類	【女性】	女 性 【6 種】	
年齢確認	対象年齢	実年齢	確認
胃がん	25～90歳		
肺がん	25～90歳		
大腸がん	25～90歳		
乳がん	25～90歳		
子宮・卵巣がん	20～80歳		
膵臓がん	25～90歳		