

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:078-304-0041)

料 金 男性5種：27,500円（税込） 女性6種：27,500円（税込）

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	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				F A X
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 8 時間前より、食事、アミノ酸サプリ、薬、スポーツ飲料、牛乳、ジュースはとっていませんか。	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"/>
「アミノインデックスがんリスクスクリーニング(AICS)を受診される方へ」パンフレットの内容確認をしましたか。	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		

(2021.4.1～)