

## 婦人科検診(ブライダルチェック申込書)

氏名 \_\_\_\_\_ 様

希望の検査に○をつけてください

	検査項目			検査料金	希望	当院記入欄
基     本	問診(問診・BMI)	自費	セ ツ ト 料 金	17,000円		
	内診					
	子宮頸がん検診 ※					
	超音波(子宮、卵巣)					
	クラミジア					
	風疹(HI法)					S-7
	麻疹(EIA法-IgG)					
	貧血検査					
オ プ シ ョ ン	①梅毒	自費		1,300円		
	②HIV	自費		3,500円		
	③B型肝炎	自費		2,500円		
	④C型肝炎	自費		3,000円		
	⑤トキソプラズマ	自費		2,000円		
	⑥甲状腺(TSH・FT4)	自費		2,550円		
	⑦血液型(ABO型、Rh型)	自費		2,000円		
	⑧ヒトパピローマウイルス	自費		5,000円		

※川崎市の子宮がん検診を利用した場合は、セット料金に変更があります。

(無料クーポンをお持ちの方は受付へご提出ください)

