

令和3年度前立腺がん検診の検査依頼方法

(1) PSA検査（前立腺特異抗原）

① 真空採血管・茶（3m1）

料金 825円（消費税別）

1. 検査は原則として医師会地域保健センターをご利用下さい。
2. 必ず病医院名の後に「(健診)」と印字されている同一検査一覧依頼書用紙の院内専用セット欄のH:「ゼンリツセンガン」にチェックをして下さい。
また、他のがん検診と併用される場合は別に同一検査一覧依頼書用紙を記入して下さい。
3. 容器及び採血量

PSA検査のみ・・・真空採血管・茶（3m1）

記入例

院内専用セットの
I「ゼンリツセンガン」へチェック

この依頼書は、複数受診者において同一項目を依頼する場合のみご利用ください。選択項目欄は、一部受診者において追加項目を依頼する際に、項目名称（項目コード）を記入し各受診者欄の該当する項目番号にV印を記入してください。

同検査依頼書 S(Z)-2 病医院控

顧客名 930-00
3434401-0 別府市医師会 * 健診

担当Dr.名及び診療科名は必ずV印を記入願

院内専用セット

選択項目

氏名・性別・年齢を記入
その日のPSA提出者が多数
いた場合は続けて下の欄へ
ご記入下さい。

④ お願い
数 4

※別府市各種がん検診の項目以外に追加項目がある場合は別途、通常検査依頼されています

「病医院名」のみ印字されている「総合検査依頼書」にご記入下さい。