

健康診断申込書

カルテNo.	フリガナ		性別	生年月日	健診希望日
	氏名				
			男・女	昭・平 (歳)	年 月 日
				年 月 日	
保険証の記号			事業所名		
会社所在地	〒				
会社電話・fax番号	TEL		FAX		
ご自宅住所	〒				
TEL	FAX		ご担当者様		

検 査 項 目	検査コース	A	B	C	D	※オプション 検 査
	料 金	¥3,300	¥5,060	¥6,600	¥7,150	
①既往歴および業務歴の調査		●	●	●	●	⑬超音波（腹部）
②自他覚症状の有無		●	●	●	●	¥6,050
③身長・体重測定		●	●	●	●	希望する ()
④腹囲測定		●	●	●	●	⑭骨密度測定
⑤視力・聴力・血圧		●	●	●	●	¥1,650
⑥尿検査（尿糖・尿蛋白・潜血）		●	●	●	●	希望する ()
⑦貧血検査（赤血球数・血色素量）				●	●	⑮脈波（動脈硬化）
⑧肝機能検査 AST・ALT・γ-GTP				●	●	¥1,650
⑨血中脂質検査・中性脂肪 LDL- コレステロール・HDL- コレステロール				●	●	⑯睡眠時無呼吸
⑩空腹時血糖				●	●	¥6,050
⑪胸部レントゲン			●	●	●	希望する ()
⑫心電図検査 ※（¥1,650）			※選択可		●	

※①～⑫は労働安全衛生規則で定められた健診項目です (料金は、税込金額です。)

- 健康診断は予約制です。9:00～19:00にお電話もしくはFAXにてお申し込みください。FAXで直接申込みの方は、こちらから確認の電話をさせていただきますので、必ず連絡先をご記入ください。
- 受診時間は午前9:00～12:30、となっていますので必ず時間内にお越しください。
- 「空腹時血糖」など生化学系の検査項目がある場合は、当日の朝食は摂らずに来院してください。
- 当日結果が出ない検査がありますので、ご了承ください。
- 詳しい料金については、受付窓口にお問い合わせください。