

## 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	平成 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） ¥6,050 希望する（ ）
②自他覚症状の有無		●	●	●	●	
③身長・体重測定		●	●	●	●	⑭骨密度測定 ¥1,650 希望する（ ）
④腹囲測定		●	●	●	●	
⑤視力・聴力・血圧		●	●	●	●	⑮脈波（動脈硬化） ¥1,650 希望する（ ）
⑥尿検査（尿糖・尿蛋白・潜血）		●	●	●	●	
⑦貧血検査（赤血球数・血色素量）				●	●	⑯睡眠時無呼吸 ¥6,050 希望する（ ）
⑧肝機能検査 AST・ALT・γ-GTP				●	●	
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				●	●	⑰胸部レントゲン
⑩空腹時血糖				●	●	
⑪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、となっており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。