

# 健康診断申込書

申込日 年 月 日  
No

会社名			
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
E-mailアドレス		ご担当者氏名	

※事業所と請求書送付先・健診結果送付先が異なる場合は下記へご住所を必ずご記入下さい。

会社名・所在地	〒	請求書・健診結果
電話番号		ご担当者氏名

健診内容(○印)	<input type="checkbox"/> 内診 身長 体重 血圧 視力 腹囲	料金①	¥ 16,000(税込)	
	<input type="checkbox"/> 聴力 色覚			
	<input type="checkbox"/> 尿検査(糖・蛋白・潜血)			
	<input type="checkbox"/> 貧血検査(赤血球・血色素)			
	<input type="checkbox"/> 肝機能検査(GOT・GPT・γ-GTP)			
	<input type="checkbox"/> 脂質検査(総コレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪)			
	<input type="checkbox"/> 血糖			
	<input type="checkbox"/> 心電図			
	<input type="checkbox"/> 胸部X線			料金②
	<input type="checkbox"/> 胃部X線			
<input type="checkbox"/> 腹部超音波				
<input type="checkbox"/> 大腸癌健診(便潜血)				
<input type="checkbox"/> その他				

ID(記入不用)	月	日	曜日	時間	氏名(フルネーム・フリガナ)	性別	生年月日	備考
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	
						男・女	S・H 年 月 日	

- ①午前・午後とも3名ずつとしてください。尚、土・日・祭日は行っていませんのでご了承下さい。  
 ②午前の方は、朝食を抜いて9:00~11:00、午後の方は、昼食を抜いて14:00~16:00までにご来院下さい。  
 ③ご予約頂いておりますが、他の患者様もいらっしゃいますのでお待ち頂く事がありますがご了承下さい。  
 ④人数の変更・キャンセル等は必ずお電話下さいますようお願い致します。