

# 健康診断申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			
会社名			
フリガナ			
会社住所	〒	都道	府県
フリガナ			
担当者名			
TEL	( )	FAX	( )
Eメール			
健診の種類 (該当するものに○)	一般健康診断 ( 雇入時 ・ 定期 ・ 土建 ・ 特定業務従事者 ・ その他 ( ) ) 特殊健康診断 ( じん肺 ・ 有機溶剤 ( ) ・ 特定化学物質 ・ その他 ( ) )		
健診項目 (該当するものに○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ Aセット (身長、体重、BMI、腹囲、視力、聴力、血圧、尿検査)</li> <li>・ Bセット (Aセットの項目+胸部レントゲン)</li> <li>・ Cセット (Aセットの項目+胸部レントゲン+心電図)</li> <li>・ Dセット (Aセットの項目+胸部レントゲン+血液検査)</li> <li>・ Eセット (Aセットの項目+胸部レントゲン+心電図+血液検査)</li> </ul> <p>≪セット以外の検査をご希望の場合は下記項目に○をして下さい≫</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 身長 ・ 体重 ・ BMI ・ 腹囲 ・ 視力 ・ 聴力 ・ 血圧 ・ 心電図</li> <li>・ レントゲン (胸部 ・ 腰椎) ・ 胃カメラ ・ 胃透視 (バリウム) ・ 検便</li> <li>・ 血液検査 (※以下項目)             <ul style="list-style-type: none"> <li>肝機能検査 (GPT, GOT, r-GPT)</li> <li>血中脂質検査 (HDL, LDL, 中性脂肪)</li> <li>空腹時血糖検査</li> <li>貧血検査 (白血球, 赤血球, 血色素量, ヘマトクリット)</li> <li>その他血液学 (MCV, MCH, MCHC, 血小板)</li> </ul> </li> <li>・ 尿一般定性 (PH, 蛋白, 糖, ウビリノーゲン, ビリルビン, ケトン体, 潜血, 比重)</li> </ul> <p>(※採血項目追加がある場合は、備考欄にご記入下さい。)</p>		
予約日時 (第一希望)	月 日 ( )	午前 ( : )	午後 ( : )
予約日時 (第二希望)	月 日 ( )	午前 ( : )	午後 ( : )
人数	名	個人票	指定の用紙・当院の用紙
支払い方法	振込 ・ 当日会計	健診結果	郵送 ・ 後日来院
備考			

●必要事項をご記入の上、FAXにてご返信下さいますよう宜しくお願い致します。

受付時間 (月～金) 9:00～11:00、14:00～16:00

(土) 9:00～11:30

〒194-0036 東京都町田市木曽東4-21-43

TEL 042-789-0502

FAX 042-789-0503

町田病院 健診センター