

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			
T E L	()	F A X	()
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"> ・ 身長 ・ 体重 ・ BMI ・ 腹囲 ・ 視力 ・ 聴力 ・ 血圧 ・ 心電図 ・ レントゲン (胸部 ・ 腰椎) ・ 胃カメラ ・ 胃透視 (バリウム) ・ 検便 ・ 血液検査 (※以下項目) 肝機能検査 (GPT, GOT, r-GPT) 血中脂質検査 (HDL, LDL, 中性脂肪) 空腹時血糖検査 貧血検査 (白血球, 赤血球, 血色素量, ヘマトクリット, 血小板) ・ 尿一般定性 (蛋白, 糖, 潜血,) (※採血項目追加がある場合は、備考欄にご記入下さい。) 		
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

健診センター 松尾・黒沢