

健康診断申込書

年 月 日

フリガナ

お名前

大正・昭和・平成 年 月 日

年齢 歳 男・女

住所(〒 -)

☎自宅() -

☎携帯() -

◎これまでに大きな病気にかかったことがありますか? ある ない

じんましん 心臓病 高血圧 腎臓病 ぜんそく
肝臓病 糖尿病 胃腸病 その他()

◎お薬や食物、注射などでアレルギーが生じたことはありますか? ある ない

◎今までに輸血をうけたことがありますか? ある ない

◎現在の生活状況をお尋ねします。

酒類(呑む 呑まない) 1日量

タバコ(吸う 吸わない) 1日 本

※女性の方のみお答えください

妊娠中ですか はい いいえ 授乳中ですか はい いいえ 最終月経 月

◎当院を何でお知りになりましたか?

家族がかかっている (お名前:)

知人からの紹介 (お名前:)

当院のHP スマートフォン 広告・看板を見て

その他()

他院からの紹介 (病院名:)

◎今日は何の交通手段で来られましたか?

徒歩 自転車 バイク 電車 バス 自動車 タクシー

※領収書はご本人名で発行致します。手書きの領収書をご希望の方は下記にご記入下さい

宛名	
但書	<input type="checkbox"/> 健康診断書として <input type="checkbox"/> その他

診断書お渡し方法 来院時お渡し

郵送(切手代84円頂戴します)

2枚目もご記入ください

健康診断内容

あてはまる項目に✓をお願い致します

セット名						追加検査
検査概略	一般健診 雇入(入社)健診	心電図なし	胸部レントゲン 心電図なし	診察・尿検査	診察・尿検査 胸部レントゲン	内容によって 当日できない検査あり
料金	9500円	8450円	7150円	5050円	6350円	
診察・身長体重・血圧	○	○	○	○	○	
視力(裸眼/矯正視力)	○	○	○	○	○	
聴力	○	○	○	○	○	
尿検査(糖・蛋白)	○	○	○	○	○	
心電図	○	×	×	×	×	
胸部レントゲン	○	○	×	×	○	
血液検査 (肝機能・脂質 貧血・血糖)	○	○	○	×	×	

※日曜日は追加料金として500円頂戴いたします