

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

住所 (〒 -)

年齢 歳 男・女

☎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: _____)

◎今日はど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)

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 視力・聴力	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	8830円	7530円	5430円	6730円	
診察・身長体重・血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
視力(裸眼/矯正視力)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
聴力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
尿検査(糖・蛋白)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心電図	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
胸部レントゲン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
血液検査 (肝機能・脂質 貧血・血糖)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	