

ID: \_\_\_\_\_

## 健康診断申込書

年 月 日

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所	〒
お電話 番号	自宅 :
	携帯 :

指定の診断書はお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
血液検査、尿検査がある方	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後( 時間)
領収書名	<input type="checkbox"/> 本人名	<input type="checkbox"/> 会社名( )

## 《健康診断希望項目》

<input type="checkbox"/> 医師による問診	◆血液検査	
<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 脈拍	<input type="checkbox"/> 貧血検査	
<input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肝機能検査 (GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP)	
<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 色覚 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 血中脂質	
<input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 胸囲	総コレステロール・中性脂肪	
<input type="checkbox"/> 聴力 (オージオ・会話法)	HDLコレステロール・LDLコレステロール	
<input type="checkbox"/> 尿検査 (糖・蛋白・潜血・ウロビリ)	<input type="checkbox"/> 腎機能 (BUN・クレアチニン・UA)	
<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖 <input type="checkbox"/> HbA1c	
<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 肝炎検査	
◆便検査 赤痢菌      サルモネラ	HBs抗原      HBs抗体	
腸チフス      O-157	HCV抗体	
パラチフス      MRSA	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹	
<input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> MRSA(鼻腔・咽頭)	<input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> ムンプス	
◆その他		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ 結果報告	<input type="checkbox"/> 当日報告	<input type="checkbox"/> 後日報告

¥

(税込)

医療法人 竜仁会 牛尾病院