

ID: _____

健康診断申込書

平成 年 月 日

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

用紙はお持ちですか？	<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・γ-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 (オーディオ・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