

個人健診申込書

申込日 令和 年 月 日

ID

氏名

住所

電話

検診日 令和 年 月 日

来院時間 時 分

※下記の申込されるコースのアルファベットに”○”をつけてください。

| コース | A | B | C | D | |
|------------|----------------|---------|----------|---------|---------|
| 金額 (税込) | 3,300円 | 8,000円 | 12,000円 | 20,000円 | |
| 検査 項目 | 診察 | 診察 | 診察 | 診察 | |
| | 麻薬・あへん等 診断書 | 身長 | 身長 | 身長 | 身長 |
| | | 体重 | 体重 | 体重 | 体重 |
| | | 血圧 | 血圧 | 血圧 | 血圧 |
| | | 視力検査 | 視力検査 | 視力検査 | 視力検査 |
| | | 胸部撮影 | 胸部撮影 | 胸部撮影 | 胸部撮影 |
| | | 尿検査(#1) | 尿検査(#1) | 尿検査(#1) | 尿検査(#1) |
| | | 心電図 | 心電図 | 心電図 | 心電図 |
| | | | 血液検査(#2) | | |
| | | | 聴力検査 | | |

#1) 尿検査(比重・PH・糖定性・蛋白定性・潜血反応・ケトン体・ビリルビン・ウロビリノーゲン)

#2) 血液検査(白血球数・赤血球数・血色素(ヘモグロビン)・ヘマトクリット・平均赤血球血色素量・平均赤血球血色素濃度・血小板/血糖(BS)随時/LDL-コレステロール・中性脂肪(TG)・AST(GOT)・ALT(GPT)・ γ GTP・HDL-コレステロール)

注)

※健診日当日は、直接受付カウンターまでお越し下さい。(再来機での受付は不要です)

※お支払いは、健診日当日にお願いいたします。(現金のみのお取扱になります)

※領収書は、申込された方のお名前になります。(会社名等での発行はできません)

※健診結果は、当院所定用紙にて作成させていただきます。(Aコースは、用紙をご持参下さい)

※健診結果は、結果表ができ次第(約1~3週間かかります)、申込された方のご住所に郵送させていただきます。(Aコースは、当日渡しとなります)

浦安中央病院
047-352-2115