

# 個人健診申込書

申込日 令和 年 月 日

( 窓口 ・ 電話 )

ふりがな

・氏名

ID

・住所 〒 都 道 府 県

・電話

・生年月日 S・H・R 年 月 日

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)	5,500円	9,900円	13,200円	22,000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)			血液検査(#2)
聴力検査			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)・γGTP・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