

健康診断受診申込書

		申 込 日	平成	年	月	日																										
事業所名																																
部署名			担当者名																													
住所	〒																															
電話番号	()		FAX番号	()																												
受診人数	名		希望月	月																												
<p>ご希望のコースに<input checked="" type="checkbox"/>をしてください</p> <p><input type="checkbox"/> 定期健康診断 A <input type="checkbox"/> 定期健康診断 B</p> <p>コース以外の検査項目を希望される場合は、ご希望の検査項目に<input checked="" type="checkbox"/>をしてください</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 診察・問診</td> <td><input type="checkbox"/> 貧血（白血球、赤血球、血色素量、ヘマトクリット、血小板）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 身体計測（身長・体重・BMI・腹囲・血圧）</td> <td><input type="checkbox"/> 肝機能①（GOT、GPT、γ-GTP）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 視力検査</td> <td><input type="checkbox"/> 肝機能②（総蛋白、アルブミン、アミラーゼ）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 聴力検査（オージオ測定）</td> <td><input type="checkbox"/> 血中脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、総コレステロール）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 尿検査（糖・蛋白・ウロビリノーゲン・潜血）</td> <td><input type="checkbox"/> 血糖①（ケルコース）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胸部X線（直接）</td> <td><input type="checkbox"/> 血糖②（HbA1c）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心電図</td> <td><input type="checkbox"/> 腎機能（尿素窒素、クレアチニン、尿酸）</td> </tr> </table> <p>-----</p> <p>【 オプション検査 】</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肝炎検査</td> <td><input type="checkbox"/> 子宮がん検査</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 大腸がん検査</td> <td>↓どちらかに○をつけてください</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 前立腺がん検査</td> <td>（子宮細胞診 or 子宮細胞診＋内診）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胃部X線検査 ※火曜日を除く</td> <td><input type="checkbox"/> 乳がん検査 ※触診希望の場合は土曜日のみ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓どちらかに○をつけてください</td> </tr> <tr> <td></td> <td>（マンモグラフィー or マンモグラフィー＋触診）</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 診察・問診	<input type="checkbox"/> 貧血（白血球、赤血球、血色素量、ヘマトクリット、血小板）	<input type="checkbox"/> 身体計測（身長・体重・BMI・腹囲・血圧）	<input type="checkbox"/> 肝機能①（GOT、GPT、 γ -GTP）	<input type="checkbox"/> 視力検査	<input type="checkbox"/> 肝機能②（総蛋白、アルブミン、アミラーゼ）	<input type="checkbox"/> 聴力検査（オージオ測定）	<input type="checkbox"/> 血中脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、総コレステロール）	<input type="checkbox"/> 尿検査（糖・蛋白・ウロビリノーゲン・潜血）	<input type="checkbox"/> 血糖①（ケルコース）	<input type="checkbox"/> 胸部X線（直接）	<input type="checkbox"/> 血糖②（HbA1c）	<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 腎機能（尿素窒素、クレアチニン、尿酸）	<input type="checkbox"/> 肝炎検査	<input type="checkbox"/> 子宮がん検査	<input type="checkbox"/> 大腸がん検査	↓どちらかに○をつけてください	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検査	（子宮細胞診 or 子宮細胞診＋内診）	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 ※火曜日を除く	<input type="checkbox"/> 乳がん検査 ※触診希望の場合は土曜日のみ		↓どちらかに○をつけてください		（マンモグラフィー or マンモグラフィー＋触診）
<input type="checkbox"/> 診察・問診	<input type="checkbox"/> 貧血（白血球、赤血球、血色素量、ヘマトクリット、血小板）																															
<input type="checkbox"/> 身体計測（身長・体重・BMI・腹囲・血圧）	<input type="checkbox"/> 肝機能①（GOT、GPT、 γ -GTP）																															
<input type="checkbox"/> 視力検査	<input type="checkbox"/> 肝機能②（総蛋白、アルブミン、アミラーゼ）																															
<input type="checkbox"/> 聴力検査（オージオ測定）	<input type="checkbox"/> 血中脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、総コレステロール）																															
<input type="checkbox"/> 尿検査（糖・蛋白・ウロビリノーゲン・潜血）	<input type="checkbox"/> 血糖①（ケルコース）																															
<input type="checkbox"/> 胸部X線（直接）	<input type="checkbox"/> 血糖②（HbA1c）																															
<input type="checkbox"/> 心電図	<input type="checkbox"/> 腎機能（尿素窒素、クレアチニン、尿酸）																															
<input type="checkbox"/> 肝炎検査	<input type="checkbox"/> 子宮がん検査																															
<input type="checkbox"/> 大腸がん検査	↓どちらかに○をつけてください																															
<input type="checkbox"/> 前立腺がん検査	（子宮細胞診 or 子宮細胞診＋内診）																															
<input type="checkbox"/> 胃部X線検査 ※火曜日を除く	<input type="checkbox"/> 乳がん検査 ※触診希望の場合は土曜日のみ																															
	↓どちらかに○をつけてください																															
	（マンモグラフィー or マンモグラフィー＋触診）																															
備考欄	（上記以外の項目がありましたらこちらにご記入ください）																															

社会医療法人財団大和会 武蔵村山病院
 健康相談室(健診科)
 〒208-0022 東京都武蔵村山市榎 1-1-5
 電話番号 042-566-3111(代表)
 FAX番号 042-566-3173(直通)