

健康診断を受ける際の注意事項

■ 健診当日について

- ❖ 当日は、健康保険証または運転免許証など身分証明となるものをご提示ください。
- ❖ 朝食を摂取している場合、健診結果に影響がでる場合があります。
- ❖ 眼鏡またはコンタクトレンズを忘れてしまった場合、矯正視力を測定することができません。
- ❖ 生理中の場合、健診結果に影響がでる場合があります。
- ❖ 妊娠中や妊娠している可能性のある方は、レントゲン検査は受けられませんので、必ず受付時に申し出てください。
- ❖ 健康診断は保険適用ではありません。全額自己負担になります。
- ❖ コース内の健診項目で一部の検査が未受診の場合でも料金の減額はございません。

■ 診断書の作成について

- ❖ 診断書の完成までに通常7日いただいておりますが、健診項目や祝日等により14日以上いただく場合があります。
- ❖ 健診申込書にお申し込みいただいた内容で診断書を作成いたします。
- ❖ 問診票に記載した内容(既往歴、自覚症状、他覚症状など)は、診断書に記載いたします。
- ❖ 所定の診断書がない場合、健診項目に合わせて当院の書式にて診断書を作成いたします。

■ 診断書のお受取りについて

- ❖ 診断書のお受取りは、ご来院いただくか、指定先へ郵送させていただきます。

【ご来院の場合】

原則ご本人にお渡ししております。

ご本人のご来院が困難な場合は、ご家族の方に限り、受診者本人の診察券または保険証、ご家族の身分証明できるもの(免許証または保険証)をご持参ください。

【郵送の場合】

完成予定日以降に発送いたします。郵送料は健診料金に加算させていただきます。

・普通郵便・・・82円 ・速達郵便・・・362円 ・簡易書留・・・392円

直接受取りにいらしても、郵送料はお返しできません。

郵送用封筒に記入していただく宛先に誤りや省略があるとお届けできないことがありますのでご注意ください。

上記をご了承いただき、署名をお願いいたします。

年 月 日

サイン

※取得した個人情報は、申込みされた健康診断に関する業務の目的以外には使用いたしません。



社会医療法人財団

大和会

武蔵村山病院
MUSASHIMURAYAMA HOSPITAL

健診センター
東京都武蔵村山市榎1-1-5
042-566-3172 (直通)
<http://www.yamatokai.or.jp>

健康診断申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			
氏名	男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
診察券	あり (登録番号) ・ なし		
住所	〒		
TEL		携帯	

① 受診希望日をご記入ください。

第1希望	第2希望	第3希望
年 月 日	年 月 日	年 月 日

② 健診目的にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/>	雇い入れ(入社)のための健診で会社に提出する	<input type="checkbox"/>	生命保険加入のための健診で保険会社に提出する
<input type="checkbox"/>	定期的な健診で会社に提出する	<input type="checkbox"/>	自身の健康状態を知りたい
<input type="checkbox"/>	学校に提出する	<input type="checkbox"/>	その他()

③ 持ち込み診断書の場合はチェックをしてください。

<input type="checkbox"/>	持ち込み診断書を使用する	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------	--------------------------	--

★持ち込みの診断書は健診当日持参してください。

④ ご希望のコース、オプション検査にチェックをしてください。 ※『健康診断のご案内』参照

【コース】

<input type="checkbox"/>	1154: 雇入時健診・定期健診A	<input type="checkbox"/>	1156: 定期健診B
<input type="checkbox"/>	1086: 学校健診A	<input type="checkbox"/>	1085: 学校健診B
<input type="checkbox"/>	1059: オリジナル健診A	<input type="checkbox"/>	1185: オリジナル健診B

【オプション検査】

<input type="checkbox"/>	1262: ペプシノゲン	<input type="checkbox"/>	1069: 上部消化管X線 ※火曜日 除く
<input type="checkbox"/>	1261: ピロリ菌(ヘリコバクター・ピロリIgG抗体)	<input type="checkbox"/>	1217: マンモグラフィー
<input type="checkbox"/>	1074: 肝炎セット(HBs抗原・HCV抗体/CLIA法)	<input type="checkbox"/>	1264: 乳腺超音波
<input type="checkbox"/>	1209: 便潜血(2日法)	<input type="checkbox"/>	1265: マンモグラフィー + 乳腺超音波 + 触診
<input type="checkbox"/>	1207: 前立腺がん(PSA)	<input type="checkbox"/>	1200: 子宮頸部細胞診
<input type="checkbox"/>	1263: 腹部超音波	<input type="checkbox"/>	1245: 子宮頸部細胞診 + 内診

⑤ 備考(上記に記載のない検査項目は下記の欄にご記入ください)

必要項目(追加項目)
不要項目
その他 <input type="checkbox"/> 精神機能障害の有無 <input type="checkbox"/> 麻薬、大麻、あへん、覚醒剤の中毒の有無 <input type="checkbox"/> アルコール中毒の有無

※取得した個人情報は申込みされた健康診断に関する業務の目的以外には使用いたしません。