

健康診断申込書

氏名		生年月日	年	月	日
		年齢	才	性別	男・女
住所	〒	電話番号			

● 必要な検査項目に印を付けて下さい。

身体計測		<input type="checkbox"/> 身長	<input type="checkbox"/> 体重	<input type="checkbox"/> 視力	<input type="checkbox"/> 聴力	<input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> 腹囲	<input type="checkbox"/> BMI
		<input type="checkbox"/> X線検査（胸）	<input type="checkbox"/> 心電図					
尿検査		<input type="checkbox"/> 蛋白	<input type="checkbox"/> 糖	<input type="checkbox"/> 潜血	<input type="checkbox"/> ウロビリノーゲン			
血液検査	貧血	<input type="checkbox"/> 赤血球数	<input type="checkbox"/> 白血球数	<input type="checkbox"/> ヘマトクリット値	<input type="checkbox"/> 血色素			
	肝機能	<input type="checkbox"/> GOT (AST)	<input type="checkbox"/> GPT (ALT)	<input type="checkbox"/> γ-GTP				
	脂質	<input type="checkbox"/> 中性脂肪	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール				
	糖代謝	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖	<input type="checkbox"/> HbA1c					
	尿酸・腎機能	<input type="checkbox"/> 尿酸	<input type="checkbox"/> 尿素窒素	<input type="checkbox"/> クレアチニン				
	感染症	<input type="checkbox"/> HBs抗原	<input type="checkbox"/> HCV抗体	<input type="checkbox"/> TPHA定性	<input type="checkbox"/> MRSA			
		<input type="checkbox"/> おたふく	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 水痘			
培養検査	腸内細菌	<input type="checkbox"/> 赤痢	<input type="checkbox"/> サルモネラ菌	<input type="checkbox"/> O-157				

上記に無い検査をご希望の方はこちらにご記入下さい。

● 提出書類について

◎ 提出書類の作成は必要ですか？

必要ない

必要→→ 指定の書類をお持ちですか？

はい

いいえ

↓

(当院書式の診断書となります。)

提出先はどちらですか？

会社

学校・保育園・幼稚園

保健所

その他 ()