

# 健康診断申込書

フリガナ お名前	生年月日 昭和・平成 年 月 日
住所 (〒 — )	年齢 歳 男・女
	<input type="checkbox"/> 自宅( ) —
	<input type="checkbox"/> 携帯( ) —

- ◎これまでに大きな病気にかかったことがありますか？  ある  ない  
 じんましん  心臓病  高血圧  腎臓病  ぜんそく  
 肝臓病  糖尿病  胃腸病  その他( )
- ◎お薬や食物、注射などでアレルギーが生じたことはありますか？  ある  ない
- ◎今までに輸血をうけたことがありますか？  ある  ない
- ◎現在の生活状況をお尋ねします。  
 酒類( 呑む  呑まない) 1日量 \_\_\_\_\_  
 タバコ( 吸う  吸わない) 1日 \_\_\_\_\_ 本

## ※女性の方のみお答えください

妊娠中ですか  はい  いいえ 授乳中ですか  はい  いいえ 最終月経 月

- ◎当院を何でお知りになりましたか？  
 家族がかかっている (お名前: )  
 知人からの紹介 (お名前: )  
 当院のHP  スマートフォン  広告・看板を見て  Instagram  
 その他( )  
 他院からの紹介 (病院名: )

- ◎今日はどの交通手段で来られましたか？  
 徒歩  自転車  バイク  電車  バス  自動車  タクシー

※領収書はご本人名で発行致します。手書きの領収書をご希望の方は下記にご記入下さい

宛名	
但書	<input type="checkbox"/> 健康診断料として <input type="checkbox"/> その他

診断書お渡し方法  来院時お渡し

- 郵送 (切手代を頂戴します)  レターパック (郵送料を頂戴します)  
 \* 郵送の場合は、宛先をご自身で記入して頂いております

健康診断内容 あてはまる項目に✓をお願い致します

セット名						追加検査
検査概略	一般健診 雇入(入社)健診	心電図なし	胸部レントゲン 心電図なし	胸部レントゲン 心電図・採血なし	心電図・採血 なし	内容によって 当日できない検査あり
料金	9500円	8830円	7530円	5430円	6730円	
診察・身長体重・血圧	○	○	○	○	○	
視力(裸眼/矯正視力)	○	○	○	○	○	
聴力	○	○	○	○	○	
尿検査(糖・蛋白)	○	○	○	○	○	
心電図	○	×	×	×	×	
胸部レントゲン	○	○	×	×	○	
血液検査 (肝機能・ 脂質・貧血・血糖)	○	○	○	×	×	