

健康診断申込書（個人様向け）

健康診断実施ご希望日	年 月 日 () 時 分 *8:20より遅くなる場合はご記入下さい		
フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
勤務先			
生年月日	年 月 日		
連絡先（電話番号）	- -		
住所（結果報告書郵送先）	〒		
健診の種類	<input type="checkbox"/> 雇入れ時 <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 入学時 <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> その他 ()		
結果報告書の用紙	<input type="checkbox"/> 1.主に企業健診で使用（5年分印字） <input type="checkbox"/> 2.主に雇用時、個人で使用（1回分を印字） <input type="checkbox"/> 3.詳しく検査したい方、検査項目多い方が使用（オプションも1枚に印字）		
健診項目	<input type="checkbox"/> 身長・体重 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン * 特定健診の場合チェック不要 <input type="checkbox"/> 血液検査（貧血・脂質・肝機能・血糖） <input type="checkbox"/> 尿検査（糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン）		
オプション	内容 ()		
領収書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		

* 健康診断は**8:20**からとなっております。予定時間にご来院ください。

8:20より遅くなる場合も対応可能ですのでご相談ください、

* 健康診断は外来診療窓口と一緒にしておりますので、当日の状況によってはお待ちさせる場合がありますので、お時間に余裕をもってお越しください。

* 健康診断当日都合によりキャンセルされる場合は必ず連絡をお願い致します。

健康診断申し込み書に記入されましたら[0965-33-4264](tel:0965-33-4264)にFAXされるか、直接受付窓口までお持ち下さい

TEL 0965-34-7911

FAX 0965-33-4264

八代敬仁病院