

## 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（      ）		
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、定期検診、個人で使用（1回分を印字） <input type="checkbox"/> 3.主に企業健診や定期検診で使用（A3の用紙でオプションも1枚に印字）		
健診項目	<input type="checkbox"/> 一般的な健診コース <input type="checkbox"/> 血液検査なしの健診コース <input type="checkbox"/> 血液検査、心電図なしの健診コース ※上記のコースに当てはまらない場合は下記の項目にチェックをお願いします。		
コースの検査内容は、本ホームページの健康診断料金のページでご確認ください。コースがなければ、個別でチェックをお願いします。	<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 <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"/> 受診される方以外の宛名を希望される場合（      ）様		

※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たせする場合がございます。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いたします。

健康診断申し込み書に記入されましたら0965-33-4264にFAXされるか、直接受付窓口までお持ちください。

TEL. 0965-34-7911

FAX. 0965-33-4264

八代敬仁病院