

健康診断申込書(個人用)

①受診予約日

②ご希望コース(ご加入の健保により異なります)

709	月 日 () 時 分	コース	
※お電話にて日程をご予約ください。			

③主なオプション項目 ※ご希望のオプションを□欄へチェックしてください。(ご加入の健康保険組合によっては別途料金が発生します)

▼婦人科検査					
●子宮検査	●乳がん検査				
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん細胞診	<input type="checkbox"/> 子宮体がん	<input type="checkbox"/> 経膈エコー	<input type="checkbox"/> 乳腺触診	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ
▼胃部内視鏡(胃カメラ)検査		□希望する(先にお電話にてお申し込みください)			
①麻酔	<input type="checkbox"/> 喉の部分麻酔のみ希望(追加料金なし)	②胃カメラ歴	有・無	当院・他院	
	<input type="checkbox"/> 静脈麻酔希望(別途5,400円)	有の場合、いつ頃ですか(年 月頃)			
※電話予約時に予約いただいた方のみです。後から追加はできません。		③現在服用中のお薬			
※検査後、約2時間安静にいただく必要がございます。		なし・あり お薬名()			
※当日は終日、車の運転やアルコール摂取ができません。		※「抗血栓薬」を内服中は、組織検査(生検)を行いません。			
▼その他ご希望のオプション・ご要望					
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>					

④ご受診者の情報

ご加入健康保険	健康保険組合				
保険証	記号		<input type="checkbox"/> ご本人	<input type="checkbox"/> 任意継続	<input type="checkbox"/> 特例退職者
	番号		<input type="checkbox"/> 被扶養者	※対象の方のみチェックをご記入ください	
フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	昭・平	年	月 日 (歳)
ご自宅住所	〒 - 電話番号 ()				

⑤勤務先(事業所)情報

フリガナ	
勤務先名	
ご勤務先住所	〒 - 電話番号 ()

⑥お支払い方法 ※お支払いが重複する場合、該当する□欄に全てチェックをお入れください。

基本健診	<input type="checkbox"/> 健康保険組合請求	<input type="checkbox"/> 事業所請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い	<input type="checkbox"/> その他()
オプション	<input type="checkbox"/> 健康保険組合請求	<input type="checkbox"/> 事業所請求	<input type="checkbox"/> 当日窓口支払い	<input type="checkbox"/> その他()

⑦書類の送付先について

①問診票	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> ご勤務先
②結果表	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> ご勤務先
③請求書	<input type="checkbox"/> ご自宅	<input type="checkbox"/> ご勤務先

⑧事業所用の健診結果控え

<input type="checkbox"/> 希望しない
<input type="checkbox"/> 希望する ↓下記のどちらかご選択ください。
<input type="checkbox"/> 法定項目のみ記載(労基署が定めている項目)
<input type="checkbox"/> 全項目記載
※全項目選択の場合、当院へ同意書の提出が必要です。