

健康診断 申込書

項目欄の記入&該当するところへのをお願いします。

申込日	年	月	日								
申込者 (健診を受ける方)	フリガナ	性別	男 ・ 女								
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日 (歳)								
現住所 (健診を受ける方)	〒										
連絡先 (健診を受ける方)	TEL - - 携帯電話 - -	必ず連絡がとれる番号を ご記入ください									
勤務先名 (会社名)											
勤務先の連絡先	TEL - -										
緊急連絡先	自宅 ・ 携帯電話 ・ 勤務先 ・ その他 ()										
健診実施希望日	年	月	日 () 午前 ・ 午後								
健診項目について	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> A または <input checked="" type="checkbox"/> B に <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> A 一般的な健診項目 (本田クリニックにて実施可能なものすべて) <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> B 希望する健診項目 (該当する項目にチェックしてください)</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 身長・体重・腹囲 (BMI肥満度)</td><td><input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 血圧測定</td><td><input type="checkbox"/> 心電図検査</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 尿検査</td><td><input type="checkbox"/> 聴力検査</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 血液検査 (貧血・肝機能・血中脂質(脂質異常)・血糖・腎機能)</td><td><input type="checkbox"/> 視力検査</td></tr></table> <p>※血液検査については、医師の判断に基づき基本的な検査項目を設定しています。</p>			<input type="checkbox"/> 身長・体重・腹囲 (BMI肥満度)	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査	<input type="checkbox"/> 血圧測定	<input type="checkbox"/> 心電図検査	<input type="checkbox"/> 尿検査	<input type="checkbox"/> 聴力検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 (貧血・肝機能・血中脂質(脂質異常)・血糖・腎機能)	<input type="checkbox"/> 視力検査
<input type="checkbox"/> 身長・体重・腹囲 (BMI肥満度)	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査										
<input type="checkbox"/> 血圧測定	<input type="checkbox"/> 心電図検査										
<input type="checkbox"/> 尿検査	<input type="checkbox"/> 聴力検査										
<input type="checkbox"/> 血液検査 (貧血・肝機能・血中脂質(脂質異常)・血糖・腎機能)	<input type="checkbox"/> 視力検査										
健診結果を記入する ための用紙の有無	<input type="checkbox"/> あり ▶ 健診の際に必ずお持ちください。事業所単位のお申し込みの場合用紙の件は健診前に確認させていただきます。	<input type="checkbox"/> なし ▶ クリニック仕様の用紙に記入いたします。									

右記いずれかの方法で
お申し込みください

- ① FAXにて送信 → FAX.0965-34-7360
- ② 受付窓口にて直接お申し込み

FAX受付後
ご連絡
いたします