

健康診断受診申込書

申込日 平成 年 月 日

事業者名		担当者名	
事業者住所			
事業者電話		事業者 FAX	
結果記入用紙	当院書式 ・ 持参書式 (どちらかに○をつけてください)		

◎ご希望の検査項目にチェックをつけてください

検査項目		
診察		
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲・血圧	
視力・聴力		
尿検査	糖・たんぱく	
	潜血・ウロビリノーゲン	
貧血検査	赤血球・白血球・血色素・ヘマトクリット	
肝機能	GOT・GPT・ γ -GTP	
血中脂質	LDL コレステロール・HDL コレステロール・TG	
	総コレステロール	
血糖	グルコース	
	HbA1c	
腎機能	尿素窒素・クレアチニン・尿酸	
胸部X線		
心電図		
その他	上記以外の希望検査項目がございましたらご記入ください	

◎健診を受ける方をご記入ください

※氏名は保険証表示の漢字でご記入ください

1	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	
	電話番号	
2	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	
	電話番号	
3	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	
	電話番号	
4	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	
	電話番号	

記入例

申込日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

事業者名	〇〇会社	担当者名	三州 太郎
事業者住所	〇〇県〇〇市〇〇町 1234-5		
事業者電話	1234-56-7890	事業者 FAX	0987-65-4321
結果記入用紙	当院書式 ・ <u>持参書式</u> (どちらかに〇をつけてください)		

◎ご希望の検査項目にチェックをつけてください

検査項目		
診察		✓
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲・血圧	✓
視力・聴力		✓
尿検査	糖・たんぱく	✓
	潜血・ウロビリノーゲン	
貧血検査	赤血球・白血球・血色素・ヘマトクリット	✓
肝機能	GOT・GPT・ γ -GTP	
血中脂質	LDL コレステロール・HDL コレステロール・TG	✓
	総コレステロール	✓
血糖	グルコース	
	HbA1c	
腎機能	尿素窒素・クレアチニン・尿酸	
胸部X線		✓
心電図		✓
その他	上記以外の希望検査項目がございましたらご記入ください	

◎健診を受ける方をご記入ください

※氏名は保険証表示の漢字でご記入ください

1	フリガナ	サンシュウ ハナコ
	氏名	三州 花子
	生年月日	昭和・平成 56 年 7 月 8 日
	住所	〇〇県〇〇市〇〇町 9876-5
	電話番号	0987-65-4321
2	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	
	電話番号	
3	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	
	電話番号	
4	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	
	電話番号	