

健康診断申込書(企業健診用)

(1/2)

		申込み日	年 月 日
事業所名	フリガナ		
事業所所在地	〒 -		
電話番号		FAX番号	
担当部署		担当者様名	フリガナ

健診メニュー			企業健診①	企業健診②	
健診の略称			(5号健診)	(ヤング健診)	
主な対象			40歳以上の方	40歳未満の方	
料 金			6,891円	2,880円	
各健診の内容	診察	問診 聴打診	○	○	
	身体測定	身長・体重 腹囲・血圧	○	○	
	視力検査		○	○	
	聴力検査		○	○	
	胸部X線写真		○	○	
	心電図		○		
	尿検査		○	○	
	血液検査	貧血検査	血球計算	○	
		肝機能	GOT.GPT.γ-GPT	○	
		糖代謝	血糖・HbA1C	○	
脂質		HDLコレステロール・・・	○		
健康診断診断書の作成			受診数日後	受診当日	

事前書類送付先	・ 自宅 ・ 会社 ・ その他の送付先()
健診結果送付先	・ 自宅 ・ 会社 ・ その他の送付先()
費用請求先	・ 受診者(窓口支払い) ・ 会社 ・ その他の請求先()

* 2次検査(再検査)については、保険診療になります。

【お申込受付】

◎お申し込みは、別紙「受診者名簿」に必要事項をご記入の上、本用紙(健康診断申込書)とともに下記FAX番号まで送信、または上記住所まで郵送してください。

ひまわり診療所 電話078-941-5725 FAX078-941-8061

ひまわり診療所 FAX 078-941-8061 住所 〒674-0092 明石市二見町東二見183-1

健康診断申込書(企業健診用)

(2/2)

事業所名	フリガナ
	電話番号

健診種類	受診希望日	受診者名	性別	生年月日	住所	電話番号
		フリガナ	男・女	T. S. H 年 月 日	〒	
		フリガナ	男・女	T. S. H 年 月 日	〒	
		フリガナ	男・女	T. S. H 年 月 日	〒	
		フリガナ	男・女	T. S. H 年 月 日	〒	
		フリガナ	男・女	T. S. H 年 月 日	〒	
		フリガナ	男・女	T. S. H 年 月 日	〒	
		フリガナ	男・女	T. S. H 年 月 日	〒	

【記入例】

健診①	7月4日	フリガナ ヒマワリ太郎 ひまわり 太郎	男	T. S. H 42年 2月 10日	〒 674-0092 明石市二見町東二見183-1	078-941-5725
-----	------	------------------------	---	-----------------------	------------------------------	--------------

ご記入いただいた個人情報、健康カルテ作成以外には使用しません。 ひまわり診療所