

# 定期健康診断

※労働安全衛生規則で定められた健診(健診料金は税込です)

検査項目	健診コース	B・雇入	検査項目	B・雇入
	健診料金	9,900円		
既往歴および業務歴の調査		●	貧血検査【赤血球数・血色素(Hb)】	●
自覚症状の有無		●	肝機能検査	●
身長・体重測定		●	【AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP】	
腹囲測定		●	血中脂質検査【HDL-コレステロール	●
視力・聴力検査		●	LDL-コレステロール・中性脂肪(トリグリセライド)】	
血圧測定		●	糖尿病検査【空腹時血糖】	●
尿検査(尿糖・尿蛋白)		●	心電図検査	●
胸部X線検査		●		

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	( _____ )	FAX番号	( _____ )
健康保険証: 記号	事業所ご担当者		

送付先: (支店・営業所・自宅等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください

送付先住所 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 _____		
電話番号	( _____ )	送付先ご担当者	

健康保険証 番号	本・家	フリガナ	性別	生年月日	受診予約日	健診コース
		お名前				
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM
	本・家		男・女	昭・平 年 月 日	月 日	B・雇入 AM・PM

医療法人社団さわやか済世 健診プラザ両国

TEL 03-3846-3731

FAX 03-3846-3732