

# 健診予約申込書

**FAX024-933-9350**

事業所名 \_\_\_\_\_

担当者氏名 \_\_\_\_\_

担当者 TEL \_\_\_\_\_

ご記入の上、返信お願いいたします。

こちらから日程を確認次第、連絡させていただきます。

尚、3日以内に連絡が取れない場合は、お申込みがキャンセル扱いとなります。ご注意ください。

※下記の表を参照の上、該当のものに チェックしてください

|   |   |
|---|---|
| <p><b>フリガナ<br/>氏名</b> _____</p> <p>生年月日 S・H 年 月 日<br/>TEL _____</p> <p>第一希望日( / AM・PM)<br/>第二希望日( / AM・PM)<br/>第三希望日( / AM・PM)<br/><input type="checkbox"/> いつでも良い</p> <p>連絡可能な時間帯<br/>(AM・PM) 時 分～ 時 分</p> | <p>・健診コース <input type="checkbox"/> 一般健診(<input type="checkbox"/> 雇入・<input type="checkbox"/> 定期)<br/>※追加項目ある方は、下記該当するものに丸を付けてください。<br/>(<br/>・胃カメラ ・便検査 ・色覚検査<br/>・HbA1c ・その他 ( )<br/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 電離健診</p> <p>・専用用紙 <input type="checkbox"/> 有・<input type="checkbox"/> 無(無の方は、下記法定用紙から選択して下さい)<br/>一般→ <input type="checkbox"/> 様式第5号(第51条関係1)<br/><input type="checkbox"/> 様式第5号(第51条関係2)<br/>電離→ <input type="checkbox"/> 様式第1号の2(第57条関係)<br/><input type="checkbox"/> 様式第2号(第21条関係)</p> |
| <p><b>フリガナ<br/>氏名</b> _____</p> <p>生年月日 S・H 年 月 日<br/>TEL _____</p> <p>第一希望日( / AM・PM)<br/>第二希望日( / AM・PM)<br/>第三希望日( / AM・PM)<br/><input type="checkbox"/> いつでも良い</p> <p>連絡可能な時間帯<br/>(AM・PM) 時 分～ 時 分</p> | <p>・健診コース <input type="checkbox"/> 一般健診(<input type="checkbox"/> 雇入・<input type="checkbox"/> 定期)<br/>※追加項目ある方は、下記該当するものに丸を付けてください。<br/>(<br/>・胃カメラ ・便検査 ・色覚検査<br/>・HbA1c ・その他 ( )<br/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 電離健診</p> <p>・専用用紙 <input type="checkbox"/> 有・<input type="checkbox"/> 無(無の方は、下記法定用紙から選択して下さい)<br/>一般→ <input type="checkbox"/> 様式第5号(第51条関係1)<br/><input type="checkbox"/> 様式第5号(第51条関係2)<br/>電離→ <input type="checkbox"/> 様式第1号の2(第57条関係)<br/><input type="checkbox"/> 様式第2号(第21条関係)</p> |

※一般健診の内容、金額、注意事項につきましては別紙をご覧ください。

## 健診について

### 一般健康診断 **11,000 円(税込み)**

個人や企業の方を対象とした雇入時健康診断・定期健康診断も実施しております。

対象となる方、1年以上の勤務を予定している正社員

週の勤務時間が4分の3以上のパートの方

#### 検査項目

|        |                        |                                  |
|--------|------------------------|----------------------------------|
| 問診     | 業務歴、既往歴、自覚症状、他覚症状      |                                  |
| 身体測定   | 身長、体重、BMI、腹囲、視力検査、聴力検査 |                                  |
| 呼吸器系検査 | 胸部エックス線検査              |                                  |
| 循環器系検査 | 心電図検査、血圧               |                                  |
| 血液検査   | 貧血検査                   | 血色素量、赤血球数                        |
|        | 肝機能検査                  | GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP           |
|        | 血中脂質検査                 | LDL コレステロール、HDL コレステロール、トリグリセライド |
|        | 血糖検査                   |                                  |
| 尿検査    | 糖、蛋白                   |                                  |

**※一般健診に追加検査がある方こちらを参照ください。**

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| 胃カメラ                 | 13,200 円(税込) |
| 便検査 ※項目によって費用が変わります。 |              |
| 色覚検査(健診と同時受診の場合)     | 1,000 円(税込)  |
| HbA1c                | 660 円(税込)    |

上記以外の検査をご希望の方は、問い合わせをお願いします。

## 電離放射線健康診断

|                  |             |
|------------------|-------------|
| 単独受診(診察・問診・血液検査) | 5,500 円(税込) |
| 一般健診と同時受診        | 3,300 円(税込) |

### <注意事項>

◆検査は、尿検査から始まりますので直前の排尿はしないでお越しくください。

◆採血がある方は、**8時間以上空腹**で、糖分入りのガム・アメ・飲み物等の摂取も控えてください。

(電離のみの方は、食事制限なし)

◆視力検査があるのでコンタクトの方は、当日はメガネをお願いします。

※詳しくは、ホームページに掲載しておりますのでご覧ください。