定期健康診断申込書

（健診料金は税込です）

検査項目	健診コース	定健A	定健B
	料金	¥8,640	¥3,780
既往歴・業務歴		●	●
自覚症状		●	●
身長・体重		●	●
腹囲・BMI		●	●
視力・聴力・血圧		●	●
尿検査（尿糖・尿蛋白）		●	●
胸部レントゲン		●	●
貧血検査（赤血球数ほか）		●	
肝機能検査（GOT・GPT・γ-GTP）		●	
脂質検査（中性脂肪・LDL・HDL）		●	
空腹時血糖・HbA1c		●	
心電図検査		●	

事業所名
担当部署名・ご担当者名
書類送付先 〒
TEL　（　）
FAX　（　）

	フリガナ 氏　名	性別	生年月日	健診コース ○で選択下さい		健診予約年月日
		男・女	昭・平 年　月　日	A	B	年　月　日
		男・女	昭・平 年　月　日	A	B	年　月　日
		男・女	昭・平 年　月　日	A	B	年　月　日
		男・女	昭・平 年　月　日	A	B	年　月　日
		男・女	昭・平 年　月　日	A	B	年　月　日
		男・女	昭・平 年　月　日	A	B	年　月　日
		男・女	昭・平 年　月　日	A	B	年　月　日