

定期健康診断申込書

検査項目(労働安全衛生法に基づく)	定期健診(1)	定期健診(2)
問診・診察	●	●
身長・体重・血圧測定	●	●
腹囲測定	●	
視力・聴力検査	●	●
尿検査(糖・蛋白)	●	●
胸部X線検査	●	●
心電図検査	●	
貧血検査【白血球・赤血球数・血色素量・ヘマトクリット】	●	
肝機能検査【AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP】	●	
脂質検査【中性脂肪・HDL-C・LDL-C・総コレステロール】	●	
腎機能検査【クレアチニン・e-GFR】	●	
糖尿病検査【空腹時血糖】	●	

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話	(_____)	ご担当者:	

フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日	定期健診コース	
	男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 時間 :	定期(1)	定期(2)
	男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 時間 :	定期(1)	定期(2)
	男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 時間 :	定期(1)	定期(2)
	男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 時間 :	定期(1)	定期(2)
	男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 時間 :	定期(1)	定期(2)
	男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 時間 :	定期(1)	定期(2)
	男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 時間 :	定期(1)	定期(2)
	男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 時間 :	定期(1)	定期(2)
	男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 時間 :	定期(1)	定期(2)

【お問合せ】

大星クリニック

TEL:03-6426-5933 FAX:03-6426-5934 Email:tasei-clinic@taseikai.or.jp