健康診断申し込み書

来院日　　月　　日
ふりがな（　　）
お名前（　　）
生年月日　大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　）歳
ご住所（〒　　ー　　）
［　　］
電話番号（　　ー　　ー　　）

★　必要な項目に〇を付けてください。
1．一般健康診断（当院規定による）
2．胸部レントゲン
3．血液検査
（希望者は午前検査：午後9時までの夕食、午後検査：午前7時までの朝食　その後の飲食不可）
4．心電図
5．便潜血検査
6．その他（ 色覚・腎機能/尿酸・ヘモグロビンA1c・　　）

以下は、医療機関記入

	身長　　cm	腹囲　　cm	
	体重　　kg	BMI	
	血圧　　/　　mmHg	脈拍　　/min）	
	視力	右	.　（　.　）眼鏡・コンタクト
		左	.　（　.　）眼鏡・コンタクト
	聴力	右	1000Hz　dB,　4000Hz　dB
		左	1000Hz　dB,　4000Hz　dB
	尿	R（　）E（　）Z（　）B（　）W（　）	
	胸部X線		
	心電図		
	血液検査		
	便潜血検査		
	その他		
	診察		

	￥　　済　・　未

	郵送　・　来院（　　/　　）