

※必ず事前にクリニックへお電話を
頂いた上でお申込みください。

健康診断申込書（企業様用）

会社名				ご担当者様	
所在地	(〒 ー)				
電話番号			FAX番号		
お支払方法	銀行口座振込		健康診断結果 受取方法	ご登録の事業所へ郵送となります	
オプション	※詳細はホームページをご参照ください。				

※当日キャンセルされた場合は、ご予約されていた健康診断の費用をお支払いいただきます。

受診者記入欄

1	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 年 月 日 昭和 ・ 平成		
	受診者氏名								
	住 所	〒 ー			連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID		健康診断 希望日時		20 年 月 日 時 分		
2	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 年 月 日 昭和 ・ 平成		
	受診者氏名								
	住 所	〒 ー			連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID		健康診断 希望日時		20 年 月 日 時 分		
3	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 年 月 日 昭和 ・ 平成		
	受診者氏名								
	住 所	〒 ー			連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID		健康診断 希望日時		20 年 月 日 時 分		
4	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 年 月 日 昭和 ・ 平成		
	受診者氏名								
	住 所	〒 ー			連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID		健康診断 希望日時		20 年 月 日 時 分		
5	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 年 月 日 昭和 ・ 平成		
	受診者氏名								
	住 所	〒 ー			連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID		健康診断 希望日時		20 年 月 日 時 分		

※受診者記入欄が足りない場合は2ページ目をコピーしてご利用ください。

※必ず事前にクリニックへお電話を
頂いた上でお申込みください。

健康診断申込書（企業様用）・受診者記入シート



大場内科クリニック

FAX 送信先：０４２－７５８－６８９１

	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	年	月	日
	受診者氏名									
	住 所	〒 —				連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID			健康診断 希望日時	20 年 月 日 時 分			

	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	年	月	日
	受診者氏名									
	住 所	〒 —				連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID			健康診断 希望日時	20 年 月 日 時 分			

	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	年	月	日
	受診者氏名									
	住 所	〒 —				連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID			健康診断 希望日時	20 年 月 日 時 分			

	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	年	月	日
	受診者氏名									
	住 所	〒 —				連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID			健康診断 希望日時	20 年 月 日 時 分			

	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	年	月	日
	受診者氏名									
	住 所	〒 —				連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID			健康診断 希望日時	20 年 月 日 時 分			

	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	年	月	日
	受診者氏名									
	住 所	〒 —				連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID			健康診断 希望日時	20 年 月 日 時 分			

	フリガナ				男 ・ 女	生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	年	月	日
	受診者氏名									
	住 所	〒 —				連絡先 電話番号				
	項目NO		診察券ID			健康診断 希望日時	20 年 月 日 時 分			

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健康診断メニューについて

※項目 NO①～③(採血なし) は当日、④～⑦は翌診療日、⑧は 7 日前後に健康診断書お渡しが可能です。
※午前・午後共に各 2 名ずつのご予約となります。
※項目 NO①～③は午前・午後の希望をご記入ください。
※労働安全衛生法で定められている一般的な健康診断メニューは「項目 NO⑤」となります。

	項 目	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
内科診察	問診：既往歴、自覚症状 他覚症状、業務歴、内服歴	○	○	○	○	○	○	○	○
	診察	○	○	○	○	○	○	○	○
一般計測	血圧、脈拍	○	○	○	○	○	○	○	○
	身長、体重、BMI、体脂肪率	○	○	○	○	○	○	○	○
	腹囲	○	○	○	○	○	○	○	○
	視力（3 m） 聴力（1,000Hz ～ 4,000Hz）		○	○	○	○	○	○	○
尿検査	糖、蛋白、潜血 ウロビリノーゲン		○	○	○	○	○	○	○
血液検査	貧血：赤血球、血色素 ヘマトクリット、白血球、血小板				○	○	○	○	○
	脂質：総コレステロール LDL、HDL、中性脂肪（TG）				○	○	○	○	○
	肝機能： AST（GOT）、ALT（GPT）、γ GTP				○	○	○	○	○
	糖検査	血糖			○	○	○	○	○
		H b A 1 c					○	○	○
	腎機能：尿酸、尿素窒素 クレアチニン						○	○	○
心電図				○		○		○	○
胸部エックス線（直接）				○		○		○	○
喀痰検査									○
料 金		¥5,400	¥5,400	¥8,100	¥8,640	¥9,180	¥9,400	¥9,930	¥13,430

その他のオプションに関してはホームページをご参照いただくか、お電話にてお問い合わせください。



大場内科クリニック
内科・糖尿病 呼吸器内科 循環器内科 消化器内科

	月	火	水	木	金	土	日祝
9:00 ～ 12:30	○	○	○	休診	○	○	休診
15:00 ～ 18:00	○	○	○	休診	○	休診	休診

TEL: 042-758-6811 <https://obanaika.com>

大場内科クリニック
公式LINEアカウント



@obanaika



大場内科クリニック 相模原

検索