

※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	(〒 - )			
電話番号			FAX番号	
お支払方法 <small>※○で選択してください。</small>	お振込 窓口（受診者・代表者）		健康診断結果 受取方法 <small>※○で選択してください。</small>	郵送（受診者・会社） 窓口（受診者・代表者）
オプション	<small>※詳細はホームページをご参照ください。</small>			

## 受診者記入欄

1	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
2	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
3	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
4	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
5	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

※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

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)、γGTP				○	○	○	○	○	
	糖検査	血糖				○	○	○	○	○
		HbA1c						○	○	○
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