

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 (〒 -)

[]

電話番号 (- -)

★ 必要な項目に○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 ()

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			
	便潜血検査			
	その他			
	診察			

¥ 済・未

郵送・来院 (/)