

申込日: 令和 年 月 日

<b>会社名</b>		<b>ご担当者様</b>	
<b>所在地</b>	(〒      -      )		
<b>電話番号</b>		<b>FAX番号</b>	
<b>お支払い方法</b>		<b>健康診断結果 受取方法</b>	ご登録のご住所へ郵送いたします
<b>オプション</b>	※詳細はホームページをご参照ください( <a href="https://www.shoda-cl.com/kenshin/">https://www.shoda-cl.com/kenshin/</a> )		

※請求書・健診結果送付先が上記会社名、所在地と異なる場合は以下にご記入下さい。

<b>会社名</b>		<b>ご担当者様</b>	
<b>所在地</b>	(〒      -      )		
<b>電話番号</b>		<b>ご希望</b>	<input type="checkbox"/> 検診結果 <input type="checkbox"/> 請求書

## 受診者記入欄

1	フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	
	受診者氏名						
	住所	〒 ー			連絡先電話番号		
	コース名		診察券ID		健康診断希望日時	月時	日分
2	フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	
	受診者氏名						
	住所	〒 ー			連絡先電話番号		
	コース名		診察券ID		健康診断希望日時	月時	日分
3	フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	
	受診者氏名						
	住所	〒 ー			連絡先電話番号		
	コース名		診察券ID		健康診断希望日時	月時	日分
4	フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	
	受診者氏名						
	住所	〒 ー			連絡先電話番号		
	コース名		診察券ID		健康診断希望日時	月時	日分
5	フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	
	受診者氏名						
	住所	〒 ー			連絡先電話番号		
	コース名		診察券ID		健康診断希望日時	月時	日分
6	フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	
	受診者氏名						
	住所	〒 ー			連絡先電話番号		
	コース名		診察券ID		健康診断希望日時	月時	日分

【追記事項】

※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。

# 健康診断コースについて

※ライトコースは〇〇日前後に健康診断書のお渡しが可能です。

※

※

種類	検査項目	ライトコース		ミドルコース			スタンダード
		企業診察	通常診察	Aコース	Bコース	Cコース	
		6,000円	7,000円	9,000円	9,000円	9,000円	10,000円
問診診察	診察	●	●	●	●	●	●
身体測定	身長	●	●	●	●	●	●
	体重	●	●	●	●	●	●
	BMI	●	●	●	●	●	●
	腹囲	●	●	●	●	●	●
	視力	●	●	●	●		●
	聴力	●	●	●	●		●
	血圧	●	●	●	●	●	●
	心電図				●	●	●
呼吸器系	胸部レントゲン		●	●	●		●
血液系	赤血球 (Hb)			●		●	●
	赤血球 (RBC)			●		●	●
	白血球			●		●	●
	ヘマトクリット			●		●	●
	血小板			●		●	●
	血色素量			●		●	●
肝臓系	AST			●		●	●
	ALT			●		●	●
	Γ-GTP			●		●	●
脂質	LDL			●		●	●
	HDL			●		●	●
	血清トリグリセリド			●		●	●
血糖	HbA1c			●		●	●
	空腹時血糖値			●		●	●
腎機能	クレアチニン			●		●	●
	尿酸			●		●	●
	尿糖	●	●	●		●	●
	尿蛋白	●	●	●		●	●
	尿潜血	●	●	●		●	●

その他のオプションに関しましては当院のホームページをご参照ください。



TEL 0276-38-5511  
FAX 0276-55-1185



正田医院  
公式LINE  
アカウント

受付時間	月	火	水	木	金	土
AM 09:00~12:00	○	○	/	○	○	○
PM 15:00~18:00	○	○	/	○	○	※

(※)土曜日は17時までです。  
土曜日午後は検査優先とさせて頂いておりますので消化器症状以外の一般外来診療は行っておりません。