

個人健診申込書

申込日 年 月 日

※ I D	※IDは当院の診察券番号をご記入ください。 お持ちでなければ空欄で構いません。		
フリガナ			□男 □女
氏名			
住所			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 平成		
	西暦	年	
電話番号	①	②	
領収書宛名	□本人 □※企業名		
※企業名			
指定の用紙	□※有り □無し ※有る場合はFAXをお願いいたします		
健診希望日	①	②	③
	/ AM PM	/ AM PM	/ AM PM
健診内容	<input type="checkbox"/> 基本健診(問診・身長・体重・腹囲・BMI・血圧・視力・聴力・尿検査)		
	<input type="checkbox"/> Aコース(基本健診・胸部レントゲン)		
	<input type="checkbox"/> Bコース(Aコース・心電図・血液一般)		
	<input type="checkbox"/> Cコース(Bコース・肝機能・脂質・血糖) ★雇入れ時の一般健診内容はこちらのCコースになります		
	<input type="checkbox"/> Fコース(Cコース・HbA1c・腎機能)		
	<input type="checkbox"/> ※その他(※詳細を備考欄へご記入ください)		
備考			

◆こちらの用紙をFAX又はメールにてご連絡いただいた後、担当看護師よりお電話にてご連絡させていただきます。

◆近々の日程ですとご希望に添えない場合がございますので、余裕をもってご予約ください。

◆ご不明な点等ございましたら、診察時間内に担当事務までお電話にてお問い合わせさせていただきますようお願いいたします。

医療法人社団 渡辺内科医院

健康診断担当 看護師・山本／事務・佐野

TEL: 025-525-1170/FAX: 025-526-3393

mail:wat.medi@joetsu.ne.jp