

特定業務従事者健診 申込書

星ヶ丘医療センター 健康管理センター (FAX: 072-840-3955) 宛

20250901

費用 **8,800** 円 (消費税10%込)

| 項目 | 内容 |
|-------|-------------------------------------|
| 診察・問診 | 内科診察(視診等)・既往歴・業務歴・服薬歴・喫煙歴等 |
| 身体計測 | 身長・体重・標準体重・BMI・腹囲・視力・聴力 |
| 血圧検査 | 血圧 |
| 貧血検査 | 白血球・赤血球・血色素・ヘマトクリット |
| 尿検査 | 尿蛋白・尿潜血・尿糖・ウロビリノーゲン |
| 肝機能 | AST・ALT・γ-GT |
| 脂質 | 総コレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール |
| 血糖 | 血糖・Hb1c |
| 循環器系 | 心電図 |
| 呼吸器系 | 胸部X線 |

(事業所所在地)
〒 -

(事業所名称)

担当者名 _____

電話番号 () _____

FAX番号 () _____

左記と連絡先が異なる場合(支店・営業所)は記入して下さい。

所在地 〒 -

支店名(営業所名)

担当者 _____

電話番号 () _____

FAX番号 () _____

| 健康保険被保険者証の保険者番号 | | 健康保険被保険者証の記号 | | | | | |
|-----------------|------|--------------|------------|----------|-------|-------|-----|
| 健康保険証 番号 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 保険 区分 | 第1希望日 | 第2希望日 | 備 考 |
| | 氏 名 | | | | | | |
| | | 男女 | 昭 平 . . | 本人 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | 男女 | 昭 平 . . | 本人 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | 男女 | 昭 平 . . | 本人 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | 男女 | 昭 平 . . | 本人 | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | | 男女 | 昭 平 . . | 本人 | 年 月 日 | 年 月 日 | |