

企業健診申込書（1枚目）

企業情報

企業名 _____
住所 _____
電話番号 _____
担当者 _____

健康診断の検査項目

健康診断の基本セットは以下の検査項目を行います。

既往歴、業務歴の調査
既往歴、業務歴、自覚症状、および他覚症状の有無の検査
身長、体重、視力、聴力の検査、および腹囲の測定
胸部レントゲン検査(直接撮影)
血圧測定
貧血検査: 赤血球数(RBC)、血色素量(Hb)
肝機能検査: ALT(GOT)、AST(GPT)、 γ -GPT
血中脂質検査: LDLコレステロール、HDLコレステロール、血清トリグリセリド(TG、中性脂肪)
血糖検査(空腹時血糖)
尿検査(糖、蛋白)
心電図検査(安静時)

追加の検査項目がある場合は、ご記入ください。
もしくは、御社の健康診断表などを添付してください。

追加検査項目 _____

お支払方法

ご希望されるお支払方法にチェックを入れてください。

- 振込
- 現金払い(1名ごと)
- 現金払い(代表者がまとめて)

結果票の受け渡し方法

ご希望される受け渡し方法にチェックを入れてください。

- 窓口での受け渡し(1名ごとにお渡し)
- 窓口での受け渡し(まとめて、代表者へお渡し)
- 郵送(1名ごと、受診者の住所へ郵送)
- 郵送(まとめて、会社住所へ郵送)

企業健診申込書 (2枚目)

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____

ふりがな _____
氏名 _____
生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日
性別 _____男・_____女
希望日時 第一希望 _____
第二希望 _____