

# 健康診断申込書

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	西暦	年	月	日生
氏名							
住所			電話番号				

●下記の問診にお答えください

今までに病気をされたことがありますか？	ない ・ ある ( )
現在治療中の病気がありますか？	ない ・ ある ( )
妊娠の可能性がありますか？	ない ・ ある ( )

●診断書の書式を選択いただき、必要な通数をご記入ください。

診断書の形式	料金(円)	希望を○してください
当院の書式	(1通) 2,000	( ) 通いる
持参の書式	(1通) 3,000	( ) 通いる

料金表(消費税別です)

●ご希望される診断項目に○をつけて下さい。

診断項目	料金(円)	
<b>基本診断料</b>	<b>3,970</b>	
身長/体重測定・腹囲測定 ..... 血圧測定・視力検査・簡易聴力検査	上記基本診断料 に含まれます	する ・ しない
<b>聴力検査(オーディオ)</b>	<b>400</b>	する ・ しない
<b>心電図</b>	<b>1,300</b>	する ・ しない
<b>血液検査</b>	採血項目による	する ・ しない
<b>胸部レントゲン</b>	<b>2,100</b>	する ・ しない
<b>尿検査</b>	<b>260</b>	する ・ しない
合計金額	円	*消費税別金額です

●上記、診断項目以外のご希望がありましたらご相談下さい。(別途料金となります)

●血液検査がある場合、診断書は後日のお渡しとなります。

領 収 書	⇒	要 ・ 不要
-------	---	--------

(個人宛の領収書は発行しますが、領収先が異なる場合のみ)

要  
の  
↓

ご請求先	様 宛	
ご住所	〒 _____	電 話 _____

上記の条件で、健康診断及び診断書の交付を希望します。

本人署名:

保護者署名  
(18才未満の場合)