

健康診断申込書

申込日 月 日

事業所名	フリガナ		
	担当者		
住所	〒		
TEL		FAX	
◎決済方法	当日現金	後日銀行振込	☞ どちらか選んで、○で囲んで下さい。

特定健康診査、健保指定健康診断、及び健保補助金申請を行う健康診断の申し込みは、こちらの申込書ではお申込みできません。別途、榊村クリニックへお問い合わせください。

以下、今回のお申し込みの合計人数をご記入下さい。

《定期健康診断》

コース	受診人数
Aコース	名
Bコース	名
Cコース	名

《生活習慣病健診》

コース	受診人数
Dコース	名
Eコース	名
Fコース	名

《特殊健康診断》

種別	受診人数
	名
	名
	名

《オプション検査》

検査項目	金額(円)	受診人数
① PSA	1,780	名
② CEA	1,470	名
③ AFP	1,470	名
④ CA19-9	1,890	名
⑤ CA125	2,100	名
⑥ 4項目セット	5,250	名
⑦ 3項目セット	4,200	名
⑧ ペプシノーゲン	3,780	名
⑨ リウマチ因子RF	525	名
⑩ HBs抗原	315	名
⑪ HCV抗体	1,575	名
⑫ 血液型	1,050	名
⑬ -1 アレルギー (樹木系)	2,100	名
⑬ -2 アレルギー (雑草系)	2,100	名
⑬ -3 アレルギー (ハウスダスト)	2,100	名
⑬ -4 アレルギー (動物系)	2,100	名

検査項目	金額(円)	受診人数
⑭ 腹部超音波検査	3,570	名
⑮ 子宮頸癌細胞診	3,150	名
⑯ 喀痰細胞診	840	名
⑰ 便潜血(2回法)	840	名
⑱ 尿中DPD	1,890	名
⑲ 眼底	1,890	名
⑳ 眼圧	840	名
㉑ 肺機能検査	1,260	名

◆実施医療機関・お申し込み先◆

榊村クリニック

〒571-0045

大阪府門真市殿島町6-4守口門真商会館3階

TEL 06-6908-1708 FAX 06-6908-0991

●受診者名簿●

一般用

受診者氏名 (フリガナも正確にご記入ください。)	性別	生年月日	健診コース (A~Fコース)	追加項目 (①~⑳), 特殊健診など	受診希望日 希望時間(午前・午後)
フリガナ カイギシヨウ タロウ 会議所 太郎	男 女	T S H 44年7月1日	A	有機・鉛検査 ①、⑦、⑨、⑩、⑪	4月5日 午前
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			
フリガナ	男 女	T S H 年 月 日			

10名を越える場合は、コピーしてお使い下さい。

特定健康診査、健保指定健康診断、及び健保補助金申請を行う健康診断の申し込みは、こちらの申込書ではお申込みできません。別途、榊村クリニックへお問い合わせください。