

申込書記入例

人間ドック【自費】

見本 H29年度申込書・フィオーレ

人間ドック【自費】

料金: 37,800円(税抜: 35,000円)

<検査項目>	料金: 37,800円(税抜: 35,000円)
既往歴および業務歴の調査	●
自他覚症状の有無	●
身長・体重・視力測定・BMI	●
視力・聴力検査	●
血圧測定	●
肺機能検査	●
尿検査(糖・蛋白・潜血・沈渣)	●
脂質検査(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)	●
肝機能検査(AST・GOT・ALT・GPT・γ-GTP・γ-GT・ALP・LDH・総ビリルビン・総蛋白・アルブミン)	●
肝機能検査(ZTT-HBs抗原)	●
腎機能検査(アミラーゼ)	●
腎機能検査(クレアチニン・e-GFR)	●
糖尿病検査(空腹時血糖・HbA1c)	●
痛風検査(尿酸)	●
貧血検査(ヘマトクリット・血色素量・赤血球数・白血球数・血小板数・血球像)	●
貧血検査(MCV・MCH・MCHC)	●
梅毒検査(TPHA)	●
炎症性反応(血沈・CRP・ASO)	●
眼底検査	●
胸部X線検査	●
胃腸X線検査	●
心電図検査	●
便潜血検査(2日法)	●
腹部超音波検査	●
婦人科(子宮頸がん内診)	●
腫瘍マーカー(PSA) 男性のみ	●

◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありません。

<申込方法> 受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号	事業所ご担当者		
保険者番号	保険証の記号		

★問診票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※希望の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。

住所/支店・営業所名	〒		
電話番号	送付先ご担当者		

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日 和暦を○で囲んでください	受診予約日 受付時間	備考
	キョウカイ タロウ	男	昭和・平成	月 日	
	協会 太郎	女	昭和・平成	月 日	
		男	昭和・平成	月 日	
		女	昭和・平成	月 日	

●フィオーレ健康クリニック: FAX 03-5287-6218

健康保険被保険者証

本人(被保険者)

記号 ① 21700023 番号 ② 21

氏名 キョウカイ 知ウ 協会 太郎

生年月日 昭和 ○○年△月□日

性別 男

資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

見本 00111

平成26年 6月25日交付

事業所名称 ③ ○○株式会社

保険者番号 01010016

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

保険者所在地 ○○市○○区○○町○○-○○

事業所名	○○株式会社		
事業所所在地	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○1-2-3		
電話番号	1234-5678	※必ず連絡先を明記願います。	事業所ご担当者 ○○
保険者番号	01010016	③	保険証の記号 21700023 ①

★問診票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※希望の送付先が上記住所と異なる場合のみご記入ください。

住所/支店・営業所名	〒 ※上記事業所在地と、問診票等送付先住所が異なる場合のみ明記願います。		
電話番号	送付先ご担当者		

健康保険証の番号 ②	フリガナ お名前	性別	生年月日 和暦を○で囲んでください	受診予約日 受付時間	備考
21	キョウカイ タロウ	男	昭和・平成	4月10日	
	協会 太郎	女	昭和・平成	10:00	
		男	昭和・平成	日	
		女	昭和・平成	日	

※電話で予約された受診日時をご記入ください