

健診問診票

フリガナ			
お名前			
性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話	() -		

健診内容および料金

ご希望の検査項目にチェックを付けてください。

※所定の用紙をお持ちの方は提出してください。

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> 基本(身長、体重、尿、血圧、視力、聴力、診察) | 3,000円 |
| <input type="checkbox"/> 基本 + 胸部レントゲン | 4,500円 |
| <input type="checkbox"/> 基本 + 胸部レントゲン + 心電図 | 6,000円 |
| <input type="checkbox"/> 基本 + 胸部レントゲン + 心電図 + 採血 | 10,000円 |

●採血項目…白血球・赤血球・血色素量・血小板・AST・ALT・ γ -GTP・

LDL-コレステロール・HDL-コレステロール・中性脂肪・血糖値

●血液検査の結果は1~2日程度かかります。追加の検査がある場合は、更に数日かかることがあります。

結果の郵送希望(切手代がかかります)

有・無

その他

1. 何か自覚症状はありますか？

ない ある ()

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

ない ある ()

3. 【女性の方のみ】現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい