

健康診断申込書

年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年 月 日生
氏名		電話番号	
住所			

ご希望の番号を ○ で囲んでください。

① 持参した診断用紙の項目を診断してほしい

料 金(円)	診断書	通	円
--------	-----	---	---

② 当院の所定診断項目で診断してほしい

当院の所定診断項目と料金表

(ご希望を ○ で囲んで下さい)

診 断 項 目	料 金 (円)	診 断				
基本診断料	3,680	する ・ しない				
<table border="0"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td>血圧測定 ・ 身長測定</td> </tr> <tr> <td>体重測定 ・ 腹囲測定</td> </tr> <tr> <td>視力検査 ・ 色神検査</td> </tr> </table>	{		血圧測定 ・ 身長測定	体重測定 ・ 腹囲測定	視力検査 ・ 色神検査	(左記の項目含)
{			血圧測定 ・ 身長測定			
			体重測定 ・ 腹囲測定			
	視力検査 ・ 色神検査					
聴力検査	400	する ・ しない				
尿検査	360	する ・ しない				
胸部レントゲン	2,100	する ・ しない				
診断書料	(1通) 1,100	() 通いる				
合計金額	円					

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)

領 収 書		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">いる ・ いない</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">いる</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	いる ・ いない	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">いる</td> </tr> </table>	いる
いる ・ いない					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">いる</td> </tr> </table>	いる				
いる					

(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)

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お願い致します。

本人自署	氏名	
(18歳未満の場合)		
保護者氏名		