

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

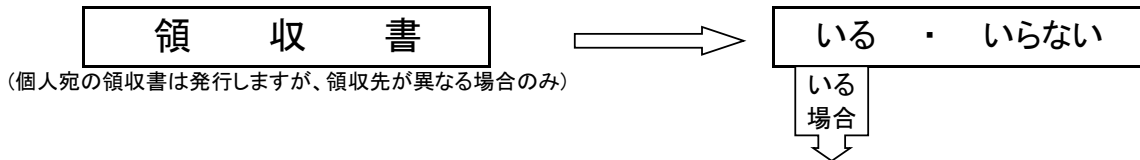
料金表(消費税別です)

●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)	
基本診断料	3,780 (左記の項目含)	する ・ しない
身長/体重測定・腹囲測定		
血圧測定・視力検査・簡易聴力検査		
聴力検査(オーディオ)	400	する ・ しない
心電図	1,300	する ・ しない
血液検査	採血項目による	する ・ しない
胸部レントゲン	2,100	する ・ しない
尿検査	260	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。



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)