

※太枠内をご記入下さい

—【事業所情報】—

令和 年 月 日

(フリガナ) 事業所名		支払方法
住 所	〒	1. 当日現金 2. 請求書
T E L	— —	書類等送付先（上記住所と異なる場合）
F A X	— —	
担当者名		請求書送付先（上記住所と異なる場合）

—【お申し込み内容】—

《基本コース》

項 目	検 査 内 容	①コース	②コース	③コース	④コース									
1 問診・診察	既往歴・自覚症状・他覚症状(診察)・血圧	●	●	●	●									
2 計測	身長・体重・BMI・視力・聴力	●	●	●	●									
3 腹囲測定			●	●	●									
4 尿検査	糖・蛋白	●	●	●	●									
5 血液検査-①	赤血球数・血色素量・LDL コレステロール・HDL コレステロール・中性脂肪 AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP)・血糖・HbA1c		●	●	●									
6 血液検査-②	ALP・LDH・血清総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・A/G 比・尿素窒素 クレアチニン・eGFR・尿酸・白血球数・ヘマトクリット値・血小板数				●									
7 心電図検査	安静時標準12誘導		●		●									
8 胸部X線検査	デジタル撮影 または 直接撮影	●	●	●	●									
* 40歳未満(35歳を除く)の心電図、採血は 医師が必要でないとする場合に限り 省略することができます。		実施年齢層												
		人 数	人	人	人									
<table border="1"> <tr> <td>雇用時</td> <td>深夜業務</td> <td>有機溶剤</td> <td>じん肺</td> </tr> <tr> <td>有 無</td> <td>有 無</td> <td>有 無</td> <td>有 無</td> </tr> </table>		雇用時	深夜業務	有機溶剤	じん肺	有 無	有 無	有 無	有 無	料金(円) (税込)	3,190	7,590	6,270	9,570
雇用時	深夜業務	有機溶剤	じん肺											
有 無	有 無	有 無	有 無											

《追加項目》

項 目	検 査 内 容	料金(税込)	人 数
9 胃部X線検査	胃部X線撮影(間接撮影) 《午前中のみ》	4,290円	人
10 大腸がん検診	免疫学的便潜血反応検査(2日法)	1,650円	人
11 眼底検査	無散瞳眼底カメラ(両眼)	1,100円	人
12 肝炎検査	HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体 《セットのみ》	3,740円	人

\* 法定外項目をご希望の際には、受診者本人の同意が必要となります。

同意済

本人の同意をいただいている場合は右欄に健康診断担当者様の✓をお願いいたします。

また、法定外項目を事業主様へ報告する際も本人の承諾が必要となります。

\* 健康診断個人票等の記入につきましては、別途料金がかかります。事前に当センターへお申込ください。

\* 血液検査は外部委託となります。

※実施日は日程表でご確認下さい

—【ご希望する受診日】—

【集団健診】	年 月 日	午前	人	年 月 日	午前	人
		午後	人		午後	人
	年 月 日	午前	人	年 月 日	午前	人
		午後	人		午後	人