



健康診断申込書 FAX086-441-0165

みずしま検診クリニックでの受診		あり ・ なし	
ふりかな 氏名			男 女
生年月日	昭和・平成	年	月 日
ご自宅住所	〒 —		
電話番号①	自宅・携帯 — —		
保険者	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 倉敷市国民健康保険		本人 家族
保険証 記号番号	保険者番号 8ケタ 記号： 番号 枝番		
事業所名			
電話番号②	— —		
ご住所	〒 —		
ご希望連絡先	電話番号① ・ 電話番号②		
受診希望日	① / ② / ③ /		
健診内容	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 健康保険組合利用健康診断 (協会けんぽ・東振協・イーウエル・LSI メディエンス ・その他 _____ コース) 人間ドック・生活習慣病予防検診・定期健診 ・婦人科健診・特定健診 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 (法定項目) 指定項目あり・個人票あり <input type="checkbox"/> 雇入れ時健康診断 指定項目あり・個人票あり <input type="checkbox"/> 特定健康診断 夜勤従事者 <input type="checkbox"/> 特殊健康診断 個人票あり <input type="checkbox"/> その他 (健康診断) 個人票あり		
オプション検査	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> 超悪玉コレステロール <input type="checkbox"/> LOX-INDEX <input type="checkbox"/> 男性更年期障害検査 <input type="checkbox"/> 更年期障害検査 <input type="checkbox"/> 頸部エコー検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺検査 (エコー・血液・エコー血液) <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> ペブシノーゲン検査 <input type="checkbox"/> ビロリ菌検査 <input type="checkbox"/> ビロリ菌・ペブシノーゲンセット検査 <input type="checkbox"/> 7c° 体 ° 初° 検査 <input type="checkbox"/> 推定食塩摂取量 <input type="checkbox"/> BNP 検査 <input type="checkbox"/> 大腸がん検査 <input type="checkbox"/> 大腸がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー (PSA・CA125・CEA・SCC・CA19-9・AFP) <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> ビロリ菌検査 <input type="checkbox"/> ビロリ菌・ペブシノーゲン検査		

※担当よりお申込み確認のご連絡いたします。

みずしま検診クリニック