

■令和8年度 当院各コース予約申込書【小禄病院】

返信日 令和8年 月 日

フリガナ
企業名
住所
担当
TEL
FAX

【 当院からの連絡事項 】

準備物の郵送先 会社 自宅

健診費用支払い方法		事業者への結果報告書控	
健診コース 料金	<input type="checkbox"/> 全額本人支払(当日)/窓口払いの企業様へ結果の会社控えは発行していません。 <input type="checkbox"/> 全額会社請求 * 4名以上からです。請求書は翌月11日前後に郵送予定です。 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
		ご本人用の結果郵送先	
		<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅	
※受診者の同意が必要です。希望しない方がいる場合は、予めご連絡をお願いします。			

※健康診断A・B・C・夜勤コースは、事前に郵送する準備物はありません。 ※当院ホームページより問診票と注意事項の用紙をダウンロードしてご使用下さい。
 ※準備物の郵送希望は、受診者様毎に別々ではなく、統一でお願い致します。準備物は予約日の前月に郵送予定です。
 ※内容確認後、FAXにて確定日をお知らせ致します。

確定日 (医療機関記入欄)	希望日	フリガナ 氏名	性別	健診コース
1	① /		男・女	<input type="checkbox"/> 健康診断A 5,500円 <input type="checkbox"/> 日帰りドック(バリウム) 35,200円 <input type="checkbox"/> 健康診断B 6,600円 <input type="checkbox"/> 日帰りドック(胃カメラ) 39,600円 <input type="checkbox"/> 健康診断C 8,800円 <input type="checkbox"/> 通院コース(胃カメラ) 56,980円 <input type="checkbox"/> 深夜業務従事者健診 7,700円
	② /			
	③ /			
	生年月日	年 月 日 歳	小禄病院 受診歴	
	住所	(〒 -)	有 . 無	
	電話番号			
2	① /		男・女	<input type="checkbox"/> 健康診断A 5,500円 <input type="checkbox"/> 日帰りドック(バリウム) 35,200円 <input type="checkbox"/> 健康診断B 6,600円 <input type="checkbox"/> 日帰りドック(胃カメラ) 39,600円 <input type="checkbox"/> 健康診断C 8,800円 <input type="checkbox"/> 通院コース(胃カメラ) 56,980円 <input type="checkbox"/> 深夜業務従事者健診 7,700円
	② /			
	③ /			
	生年月日	年 月 日 歳	小禄病院 受診歴	
	住所	(〒 -)	有 . 無	
	電話番号			
3	① /		男・女	<input type="checkbox"/> 健康診断A 5,500円 <input type="checkbox"/> 日帰りドック(バリウム) 35,200円 <input type="checkbox"/> 健康診断B 6,600円 <input type="checkbox"/> 日帰りドック(胃カメラ) 39,600円 <input type="checkbox"/> 健康診断C 8,800円 <input type="checkbox"/> 通院コース(胃カメラ) 56,980円 <input type="checkbox"/> 深夜業務従事者健診 7,700円
	② /			
	③ /			
	生年月日	年 月 日 歳	小禄病院 受診歴	
	住所	(〒 -)	有 . 無	
	電話番号			

検査項目	A	B	C	深夜
身体測定 (身長・体重・腹囲・BMI)	●	●	●	●
視力・聴力・血圧測定	●	●	●	●
胸部X線検査	●	●	●	
尿検査 (尿糖・尿蛋白・尿潜血 ウロビリノーゲン)	●	●	●	●
肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP)		●	●	●
貧血検査 (ヘマトクリット・ヘモグロビン 白血球・赤血球)		●	●	●
血糖検査 (空腹時血糖)		●	●	●
HbA1c			●	●
血中脂質検査 (LDLコレステロール・HDLコレステロール 中性脂肪・総コレステロール)		●	●	●
心電図検査			●	●
医師の診察		●	●	●

医療法人禄寿会 小禄病院 健診問い合わせ
 TEL:098-857-8713 FAX:098-858-2242