

健康診断申込書（高島市民病院）

フリガナ 氏名		性別	男性	女性
		生年月日	昭和・平成	年 月 日
住所	〒		TEL	
健診希望日	年 月 日 ()			

希望される項目に○印をつけて下さい。（●は労働安全衛生規則第44条健康診断項目）

希望		検査項目
	●	既往歴及び業務歴
	●	喫煙歴及び服薬歴
	●	自覚症状及び他覚症状の有無
	●	身長・体重測定
	●	腹囲(40歳未満は医師の判断で省略可)
	●	視力・聴力(当院では、矯正視力検査・簡易聴力検査を実施しています。)
	●	血圧測定
	●	尿一般検査(蛋白・糖)
	●	貧血検査(赤血球・血色素)
	●	肝機能検査(AST・ALT・γ-GT)
	●	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)
	●	血糖 (HbA1cに代替も可能)
		HbA1c
	●	胸部X線検査
	●	心電図
		HBs抗原・HCV抗体
		血液型(ABO型・Rh型)
その他の希望検査がございましたら、以下の空欄にご記入ください。		
当院ホームページを参考に記入ください。		

予約受付時間：13時～16時 月曜日～金曜日(土日祝日・年末年始を除く)

予約電話番号 TEL 0740-36-8082 FAX 0740-36-0264