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（　　）		

希望される項目に〇印をつけて下さい。（●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
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ご記入ください。

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

2026.4