

# 光生病院 健康診断申込書

令和 年 月 日

事業所名				
所在地 〒				
電話番号			FAX番号	
お支払い方法	基本健康診断		事業所請求	受診者窓口
	胃カメラ追加料金	鎮静剤 (1,000円)	事業所請求	受診者窓口
		組織検査 (3,000円)	事業所請求	受診者窓口
お支払い方法についての備考 例) 節目・婦人科は本人窓口など				

左記と問診票・結果表のお送り先が異なる場合は  
下記に連絡先を記入してください

事業所名

所在地 〒

電話番号

FAX番号

健康保険被保険者証の 保 険 者 番 号	健康保険被保険者証の 記 号

健康 保険証の 番 号	フリガナ		性別	生年月日	希望する健診の種類を○で囲んでください					第1希望	第2希望	第3希望	胃部検査方法	オプション 検査
	氏 名				定期健診	協会けんぽ			人間 ドック					
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	節 目 健 診	若 年 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ 1. 口 ・ 2. 口(鎮静剤) ・ 3. 鼻	
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	節 目 健 診	若 年 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ 1. 口 ・ 2. 口(鎮静剤) ・ 3. 鼻	
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	節 目 健 診	若 年 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ 1. 口 ・ 2. 口(鎮静剤) ・ 3. 鼻	
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	節 目 健 診	若 年 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ 1. 口 ・ 2. 口(鎮静剤) ・ 3. 鼻	
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	節 目 健 診	若 年 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ 1. 口 ・ 2. 口(鎮静剤) ・ 3. 鼻	
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	節 目 健 診	若 年 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ 1. 口 ・ 2. 口(鎮静剤) ・ 3. 鼻	
			男・女	昭・平 年 月 日	一 般 健 診	節 目 健 診	若 年 健 診	乳がん 検 診	子宮頸がん 検 診	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	バリウム 胃カメラ 1. 口 ・ 2. 口(鎮静剤) ・ 3. 鼻	

## <記入上の注意>

- 健康診断実施曜日は月・火・水・木・金の午前中です。
- 胃部検査の希望検査方法に○を記入して下さい。胃カメラをご希望の方は、カメラ検査方法(1. 口から・2. 口から鎮静剤使用・3. 鼻から)も○をして下さい。
- 胃カメラをご希望の場合、追加料金がかかります。
- 胃カメラで口(鎮静剤)をご希望の場合、当日車等の運転は控えていただきます。
- 婦人科検診は委託病院での実施となります。当院での健診日とは別日でのご予約となります。ご希望の場合は当院へお問い合わせください。
- 協会けんぽの若年健診対象者は20・25・30歳になられる方です。

光生病院 健診課  
電話番号:086-222-6806  
FAX:086-225-9506