

健康診断申込書

平成 年 月 日

事業所 住所 名称	担当者名	
	T E L	
	F A X	
	従業員数	男性 名 合計 女性 名 名
	産業医師名 (医院名)	

健診希望 時期	巡回	第一希望日	月 日 頃	年2回希望時期 (特定業務従事者等)	第一希望日	月 日 頃
	来院	第二希望日	月 日 頃		第二希望日	月 日 頃

加入健康保険組合名	社会保険・その他健康保険組合名 ()
健診会場 (健診会場が異なる場合記入)	
請求先 (請求先が異なる場合記入)	

● 定期健康診断

A コース	名
B コース	名
習慣病予防健診	名
政府管掌健康保険 生活習慣病予防健診	名

● オプション

胃がん検診	名	骨粗しょう症 検 診	名
肺がん検診	名	前立腺検査 (P S A)	名
大腸がん検診	名	ペプシノーゲン検査 (萎縮性胃炎)	名
	名		名

● 特殊健康診断

有機溶剤	溶剤名 ()	名	溶剤名 ()	名		
	溶剤名 ()	名	溶剤名 ()	名		
特定化学物質	特化物名 ()	名	特化物名 ()	名		
じん肺	名	電離放射線	名	鉛	名	
V D T	配置前	名	振動障害	名	騒音	名
	定期	名				
保健指導	名	歯科検診	名		名	

● 人間ドック

日帰り人間ドック	名	1泊2日人間ドック	名	名
----------	---	-----------	---	---

備考		
過去入力 ・あり ・なし	出張費 円	渉外担当