

受診申込書(健康医学協会)

フリガナ 事業所名					
住所				担当部署	
				フリガナ ご担当者	
電話				e-mail	
FAX					
フリガナ 受診者名	生年月日	性別	希望日	受診項目 (○で囲む)	希望受診施設 (○で囲む)
	昭和・平成 年 月 日	男・女	月 日	定期・生活 雇・婦()	霞が関ビル診療所 東都クリニック
	昭和・平成 年 月 日	男・女	月 日	定期・生活 雇・婦()	霞が関ビル診療所 東都クリニック
	昭和・平成 年 月 日	男・女	月 日	定期・生活 雇・婦()	霞が関ビル診療所 東都クリニック
	昭和・平成 年 月 日	男・女	月 日	定期・生活 雇・婦()	霞が関ビル診療所 東都クリニック
	昭和・平成 年 月 日	男・女	月 日	定期・生活 雇・婦()	霞が関ビル診療所 東都クリニック
	昭和・平成 年 月 日	男・女	月 日	定期・生活 雇・婦()	霞が関ビル診療所 東都クリニック

ご記入いただきました情報は、当該健康管理サービスに関する連絡・記録のために使用いたします。

※受診項目の表記について

定期: 定期健康診断 生活: 生活習慣病健診 雇: 雇用時健診

婦: 婦人科オプション 下記より選択

- (1)マンモグラフィ検査 (2)乳腺エコー検査 (3)子宮内診・細胞診検査 (4)子宮・卵巣エコー検査
- (5)HPV(子宮頸がんウィルス検査)(6)子宮体部細胞診および経膈エコー検査