

一般診断申込書

太枠の中をご記入ください。お申込み締切は一週間前の正午とさせていただきます。

住所 〒 _____		TEL _____	
		FAX _____	
フリガナ	性別	生年月日	
氏名	男女	大正 昭和 平成	年 月 日
			年齢 歳

<受付時間>

<受付時間> 8時～10時
(婦人科実施日の受付は8時～9時30分)

希望月日	月	日
------	---	---

！ご注意ください！ お申込み締切は1週間前の正午とさせていただきます。ご了承ください。

項目	料金(税込)	希望○印
Aコース 身体計測(身長 体重 BMI) 視力検査 聴力検査 理学的検査 聴力検査 尿検査	1,815円	
Cコース 身体計測(身長 体重 BMI) 視力検査 聴力検査 心電図 腹囲測定 血液検査※内容は下記 ・赤血球数 ・赤色素量 ・ヘマトクリット値 ・白血球数 ・総コレステロール ・中性脂肪 ・HDLコレステロール ・LDLコレステロール ・AST(GOT) ・ALT(GPT) ・γ-GTP ・血糖	6,435円	
胸部X線検診(結核検診 デジタル撮影)	1,320円	

その他の追加項目	料金(税込)	希望○印
腸内細菌 <small>サルモネラ 腸チフス パラチフス 赤痢 O-157</small>	1,650円	
腸内細菌証明書発行1通	1,650円	
Cコースと同じ採血項目 (採血・判断料込)	3,190円	

特殊健康診断

電離放射線健診	単独	2,079円
	Cコースに追加	385円
有機溶剤健診 <small>使用している溶剤名称をご記入ください。</small>	確認後ご案内となります	
特定化学物質健診 <small>使用している物質名称をご記入ください。</small>	確認後ご案内となります	
その他の検査項目 <small>必要となる項目をご記入ください。一般診断としてお受けできない追加項目もございますので、その際はご了承ください。</small>	確認後ご案内となります	

<input type="checkbox"/> 当日払い	<input type="checkbox"/> 請求書
-------------------------------	------------------------------

請求書・領収書宛名	
-----------	--

結果の受け渡し	窓口 ・ 郵送(自宅) ・ 郵送(会社)
---------	----------------------

診断書の有無	無 ・ 持参 ・ センター様式
--------	-----------------

診断書料 簡易なもの ¥1,650 ・ 通常 ¥2,200
複雑なもの ¥3,300

◎備考 (その他の追加項目等)

料金合計	¥
------	---

《お申込み・お問い合わせ先》

公益財団法人 青森県総合健診センター センター健診課

〒030-0962

TEL 017-741-2336

青森県青森市佃2丁目19-12

FAX 017-741-2386

(おかけ間違いのないようご注意ください)

※健診等に関する個人情報について、疫学予防研究、疫学的調査研究の目的に限り使用させていただくことがありますが、個人情報の保護については十分配慮いたしますので予めご了承ください。