

健診について

下記申込書記入後、真岡西部クリニックまで FAX (0285-84-6060) にて送信をお願いします。

受診後、当院よりご連絡致します。

ご不明な点がございましたら当院 (0285-82-2222) までご連絡ください。

健康診断申込書

ふりがな 氏名		性別	生年月日	
住所				
自宅電話		携帯電話		
職業		職種		
健診コース		健康診断記入 用紙有無		

健診コース 健診①5000 円 (税込)、健診②8000 円 (税込)

※下記検査内容と異なる健診をご希望の方は料金が異なります。

- 健診①
- ・ 既往歴、業務歴の問診
 - ・ 自覚症状、他覚症状の有無
 - ・ 胸部レントゲン
 - ・ 尿検査 (尿糖、尿蛋白)

- 健診②
- ・ 既往歴、業務歴の問診
 - ・ 自覚症状、他覚症状の有無
 - ・ 胸部レントゲン
 - ・ 尿検査 (尿糖、尿蛋白)
 - ・ 貧血検査 (赤血球、ヘモグロビン)
 - ・ 肝機能検査 (GOT、GPT、 γ GTP)
 - ・ 脂質検査 (HDL、LDL、中性脂肪)
 - ・ 心電図検査
 - ・ 血糖検査

医療法人創生会
真岡西部クリニック