

定期健康診断・特殊健康診断申込書【巡回健診用】

★必ず、別紙の「定期健康診断お申込みに関するご案内、ご注意事項」をお読み頂いた上で、お申込下さい。

※申し込み締め切りは、健診希望月の3か月前となります。御注意下さい。

I、健診実施項目

・一般定期健康診断 A	8,000円	名
・一般定期健康診断 B (産業医等の医師が省略判断した受診者)	2,500円	名
・全国健康保険協会「協会けんぽ」生活習慣病予防健診		名
※上記協会けんぽ申込時のみご記入下さい	付加健診の希望	名
・健康保険組合健康診断(加入健保名:)		名

II、オプション項目 ※事前にお申込が無い場合、対応できかねます。必ず、お申込時に実施希望人数をご記入下さい。

①胃検査	胃部X線(バリウム検査)	名	⑤A健診の採血項目 ※B健診のみ申込対象	Sセット	名	
	ペプシノーゲン	名		S1セット	名	
	ヘリコバクター・ピロリ菌抗体	名		S2セット	名	
②大腸がん検査	便潜血1回法	名	⑥血液検査セット	S3セット	名	
	便潜血2回法	名		SSセット	名	
③前立腺がん検査	PSA検査(血液)	名	⑦心電図	※B健診のみ申込対象	名	
④肝炎ウイルス	HBS抗原	定性	名	⑧聴力(オーディオメータ)	※B健診のみ申込対象	名
		精密	名	⑨尿検査(4項目)		名
	HBS抗体	定性	名	★⑩眼底検査	無散瞳(片眼)	名
		精密	名		無散瞳(両眼)	名
	HCV抗体	名	★眼底検査の申込は、原則7名様以上でのみ受付対象となります。予めご了承ください。			

III、健診希望の日時をご記入下さい

月	月	月
いつでも可	AMであればいつでも可	AM (:)
	PMであればいつでも可	PM (:)
<実施ご希望の曜日がある場合はご記入下さい>		
いつでも可	(希望曜日:)	
<健診実施場所> ●自社で実施希望(原則20名以上) ●その他の実施希望場所希望 ()		
いずれかに○印をして下さい ※20名未満で自社で実施希望はご相談下さい		

IV、特殊健康診断

健診種類	申込人数	備考
A 電離放射線	名	
B 有機溶剤	名	※有機溶剤をお申込の場合、後日、取扱い者氏名、取扱い有機溶剤名含有量等を別紙、調査用紙にてご記入頂きます。
C 粉じん	名	※管理区分2以上の従事者 (名)
D 鉛	名	
E 四アルキル鉛	名	
H 石綿	名	
F 特定化学物質	特別有機溶剤	名
		名
		名
騒音	A	名
	B	名
VDT	A	名
	B	名
振動工具		名
		名
その他		名
		名

上記のとおり申し込みます。

H 年 月 日

事業場情報

事業所	〒	代表者氏名	印
所在地			
名称		産業医氏名	印
電話番号	() -	フリガナ 担当者名	印
FAX番号	() -		
従業員数(各営業所単位でご記入下さい)			名
※監督署へ提出する定期健康診断結果報告書の同封が必要か、否かの確認することを目的としております。			

※1、健診の事業場が2か所以上にまたがる場合は、コピーをして、各々別に申し込んで下さい。

2、上欄で記入しきれない部分がありましたら、別紙作成の上、添付願います。