

FAX申込

0173(35)8442

問い合わせ先

津軽保健生活協同組合  
健生五所川原診療所

TEL 0173(35)2542

受付時間 平日8:30~16:30

# 健康診断 申込書(事業所用)

下記に必要事項を記載し、ご確認のうえ、FAXをお願いいたします。

		申込年月日	年	月	日
事業所名		電話	( )		
		FAX	( )		
事業所住所	〒	フリガナ 担当者名			

健診申込人数

人

## 申込コース

下記の申込欄に○を記入してください。

コース	金額	申込
<b>一般健診</b> 身体計測(身長・体重・BMI) 血圧測定 尿検査(糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン) 胸部レントゲン検査 視力検査	3,300円	
<b>生活習慣病予防健診</b> 身体計測(身長・体重・BMI・腹囲) 血圧測定 心電図 尿検査(糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン) 血液検査(糖・脂質・肝機能・貧血) 胸部レントゲン検査 視力検査 聴力検査(オーディオメーター)	7,700円	

金額はすべて税込です。

## オプション

希望する場合は下記の申込欄に○を記入してください。

検査	金額	申込
<b>聴力検査</b> (オーディオメーター)	1,210円	
<b>胃がん検診</b> (内視鏡)	13,200円	
<b>大腸がん検診</b> (便潜血1日法)	770円	
<b>前立腺がん検診</b> (血液検査:PSA)	3,333円	
<b>心電図検査</b>	1,650円	
<b>腹部エコー検査</b>	5,830円	
<b>肺機能検査</b> (スパイロメーター)	990円	

## 健診希望日

健診は平日午前のみの実施となります。また申込人数によっては、健診日程が数日になる場合がございます。予約状況により、ご希望に添えない場合がございます。何卒ご了承ください。

第1希望	月	日	第2希望	月	日	第3希望	月	日
------	---	---	------	---	---	------	---	---

\* 上記以外の健診にはご相談承ります。お気軽にお問い合わせください。

\* 申込確認後、当院よりご連絡させていただきます。