

東松山医師会病院健診センター 院内午後集合健診申込書

受診希望日時	月	日	:	~	:	(希望日時ごとに分けてに用紙を記入して下さい。)				
御社名	御住所			〒	御担当者名	御連絡先				

健診当日朝10時以降、水以外の飲食物は原則禁止（受診者様に周知して下さい。）

フリガナ 氏名	生年月日 (和暦でご記入下さい)	年齢	性別	検診項目(該当項目に○して下さい)				オプション検査(該当項目に○して下さい)							
				定期健診	夜勤者健診	特殊健診		腫瘍マーカー 3種セット※	PSA:前立腺 (男性のみ)	CA125:子宮、 卵巣 (女性のみ)	SCC:肺、食道、 子宮頸部	ABC検診	大腸がん 検診		
						有機溶剤	じん肺健診								
1	S・H 年 月 日		男・女												
2	S・H 年 月 日		男・女												
3	S・H 年 月 日		男・女												
4	S・H 年 月 日		男・女												
5	S・H 年 月 日		男・女												
6	S・H 年 月 日		男・女												
7	S・H 年 月 日		男・女												
8	S・H 年 月 日		男・女												

《その他希望特殊項目・備考》

夜勤者健診の検査項目は、計測(身長・体重)・尿検査・視力検査・血圧検査・聴力検査・診察・問診です。
 腹囲・心電図・採血等の**年齢基準日**は、申し出がない限り、**翌年の3月31日基準**となります。(年度末年齢)

妊娠中もしくは妊娠の疑いのある方は、胸部レントゲンを受診出来ません。受付時にお申し出下さい。

※ 3種セット…AFP(肝細胞がん、転移性肝がん)、CEA(消化管、膵臓、肺等のがん)、CA19-9(膵臓、胆のう、消化管等のがん)