

[個人用]

健康診断申込書

下記の内容で健康診断を申し込みます。

※病院記載

ID:

◆受診者様情報を記入

申込日	2025 年 5 月 1 日		当院受診歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
フリガナ	ケンシン ハナコ	性別	生年月日	2013年6月8日
氏名	健診 花子	男・ <input checked="" type="radio"/>		
住所	軽井沢町大字長倉2375-1		電話番号	0267-45-5111
結果報告書用紙	<input checked="" type="checkbox"/> なし→当院の結果報告書用紙を使用 <input type="checkbox"/> あり→申込時にコピーを提出ください。(原本は当日持参ください。)			

◆健康診断の結果報告書提出日と受診希望日(第3希望まで)を記入

※結果報告書のお渡しは医師の読影などの関係上、受診後2~3週間程度かかります。

但し、オプション検査よっては3週間ほどかかる場合もあります(申込の際にご確認ください)

結果報告書提出日	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり [令和 7 年 6 月 1 日]
受診日	令和 年 月 日 *電話または窓口にてご相談ください

◆健診コースを選択

※基本の検査項目にオプション検査希望の方は希望のオプション検査も選択

健診コース	検査項目	
● 生活習慣病 簡易コース オプションなし [104]	身長、体重、腹囲、血圧、既往歴・現病歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、視力、聴力(オーディオ法)、胸部X線検査、血液検査(血算[白血球・赤血球・血色素量・血小板・ヘマトクリット・MCV・MCH・MCHC・血清鉄]、肝機能[GOT・GPT・γ-GTP]、脂質[総コレステロール・HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪]、糖代謝[空腹時血糖・HbA1c]、腎機能[クレアチニン・e-GFR]、尿酸)、尿検査(蛋白・糖・潜血・ウロビリノゲン)、心電図検査	
	オプション検査 *希望の検査の□にチェック <input type="checkbox"/> ①便潜血検査[32190] <input type="checkbox"/> ②胃内視鏡検査[34071] <input type="checkbox"/> ③胃部X腺検査(40歳以上)[34061] <input type="checkbox"/> ④HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体[33064] <input type="checkbox"/> ⑥PSA[10070] <input type="checkbox"/> ⑦子宮頸がん検査[10150] <input type="checkbox"/> ⑧マンゴーラフィ(40歳以上のみ)[10030] <input type="checkbox"/> ⑨乳腺超音波検査[10020]	
● 生活習慣病 詳細コース オプションなし [109]	身長、体重、腹囲、血圧、既往歴・現病歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無、視力、聴力(オーディオ法)、胸部X線検査、血液検査(血算[白血球・赤血球・血色素量・血小板・ヘマトクリット・MCV・MCH・MCHC・血清鉄]、肝機能[GOT・GPT・γ-GTP]、脂質[総コレステロール・HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪]、糖代謝[空腹時血糖・HbA1c]、腎機能[クレアチニン・e-GFR]、尿酸、その他[総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・アミラーゼ・ALP・LDH])、尿検査(蛋白・糖・潜血・ウロビリノゲン)、心電図検査、便潜血検査	
	オプション検査 *希望の検査の□にチェック <input type="checkbox"/> ②胃内視鏡検査[34071] <input type="checkbox"/> ③胃部X腺検査(40歳以上)[34061] <input type="checkbox"/> ④HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体[33064] <input type="checkbox"/> ⑤尿沈渣[31020] <input type="checkbox"/> ⑥PSA[10070] <input type="checkbox"/> ⑦子宮頸がん検査[10150] <input type="checkbox"/> ⑧マンゴーラフィ(40歳以上のみ)[10030] <input type="checkbox"/> ⑨乳腺超音波検査[10020] <input type="checkbox"/> ⑩腹部超音波検査[34080] <input type="checkbox"/> ⑪眼圧[30030] <input type="checkbox"/> ⑫眼底検査[30040] <input type="checkbox"/> ⑬ペプシゲン検査[32180]	

健診のご予約、各種健康診断の料金については、下記へお問い合わせください。

軽井沢町国民健康保険軽井沢病院 健康管理部

〒389-0111 長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉2375-1 (FAX:0267-44-3835)

予約専用TEL:0267-46-8470(直通) お問い合わせTEL:0267-45-5111(代表)

※月~金(祝祭日を除く) 14時から16時まで

[病院記載欄]					
予約受付日	予約受付者	申込方法	[電話・直接・]	システム登録日	
見積書有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→[□ / 作成()]→□確認 / ()	→□郵送 / ()			
システム登録	□登録済み / ()	→□オーダー・受付票確認 / ()			
案内郵送	□郵送 / ()	結果報告書	□作成・郵送 / ()		
案内郵送					