

社保特定健診 申込書

★情報をご記入いただき、該当されるものにチェックを付けてください。

ふりがな 氏名	性別	生年月日	オプション ★希望される場合には、チェックを入れてください
	男・女	年 月 日	<div data-bbox="1048 533 1335 692"> <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 貧血検査 <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン検査 </div> <div data-bbox="1030 756 1532 1011"> <p>【西都市がん検診】</p> <input type="checkbox"/> 大腸がん検診（便潜血検査） <input type="checkbox"/> 胃がん検診（胃内視鏡） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ① 鼻からカメラ <input type="checkbox"/> ② 口からカメラ(鎮静なし) <input type="checkbox"/> ③ 口からカメラ(鎮静あり) <input type="checkbox"/> 胃がん検診（胃透視） </div>
<p>【特定健診 基本項目】 身体測定、体重、血圧測定、腹囲、BMI 尿検査(蛋白、糖、潜血)、血液検査</p> <p>【採血項目】 脂質、血糖、肝機能</p> <p>【医師の判断に基づいて行う検査】 心電図、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン検査</p> <p>★協会けんぽ様より受診券が届いていますでしょうか。</p> <p><input type="checkbox"/> 受診券が手元に届いている</p> <p><input type="checkbox"/> 受診券が手元に届いていない</p>			