

# プチ健診 申込書

ID 番号

|            |                                             |     |       |
|------------|---------------------------------------------|-----|-------|
| フリガナ<br>氏名 |                                             | 性別  | 男 ・ 女 |
| 生年月日       | 大正 ・ 昭和 ・ 平成      年      月      日 (      歳) |     |       |
| 住所         | 〒      -                                    |     |       |
| 電話番号       |                                             | 診察券 | 有 ・ 無 |

|               |            |
|---------------|------------|
| In body 測定の場合 | 身長      cm |
|---------------|------------|

ご希望の検査に✓を入れてください。

| 希望する<br>検査 | 検査項目  |                                         | 検査料<br>(税別) | 実施者<br>サイン |
|------------|-------|-----------------------------------------|-------------|------------|
|            | 貧血    | 赤血球数・ヘモグロビン量・ヘマトクリット値・血清鉄               | 500 円       | ⋮          |
|            | 肝機能   | AST・ALT・γ-GTP                           | 500 円       |            |
|            | 糖尿病   | 血糖・HbA1c <u>※空腹時がおすすめです</u>             | 600 円       |            |
|            | 脂質    | TC・TG・HDL-C・LDL-C<br><u>※空腹時がおすすめです</u> | 500 円       |            |
|            | 痛風    | UA                                      | 300 円       |            |
|            | 腎機能   | BUN・CRE                                 | 500 円       | ⋮          |
|            | 血管年齢  | ABI    ※11:00～15:00                     | 2,000 円     |            |
|            | 体組成検査 | In body    ※11:00～15:00                 | 1,000 円     |            |

- ・医師のコメント、結果の判定は行いません。
- ・「血管年齢」、「体組成検査」の検査以外は血液検査になります。
- ・各検査項目の詳しい内容については「プチ健診のご案内」を参照ください。
- ・保険証は不要です。