

企業健診予約票

平成 年 月 日

御貴社名

担当者

ご住所

TEL

FAX

問診				
身体検査	身長	□		
	体重			
	BMI			
	腹囲			
	血圧			
視力				
尿検査	尿蛋白(定性)	□		
	尿糖(定性)			
	尿潜血(定性)			
	尿ウレリノーゲン			
胸部X線		□		
心電図		□		
聴力		□		
血液検査	糖尿	空腹時血糖	□	
	血液一般	白血球数		
		赤血球数		
		ヘモグロビン		
		ヘマトクリット		
		MCV		
		MCH		
		MCHC		
		血小板数		
	肝機能	AST(GOT)		
		ATL(GPT)		
		γ-GTP		
	脂質系検査	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		

その他の検査		
糖尿	HbA1c	□
肝機能	ALP	□
	LDH	
	総蛋白	
	コリンエステラーゼ	
腎機能	尿素窒素	□
	クレアチニン	
	尿酸	
	eGFR	
眼底		□
胃透視		□
便潜血		□

受診人数	名
期間	~

備考

※受診される方の名前(フリガナ付)、生年月日

住所、電話番号、受診日をFAXでお送りください。

※ご不明な点がございましたら、担当までご連絡ください。

三森循環器科・呼吸器科病院
 熊本県山鹿市大橋通1204
 TEL 0968-42-1234
 FAX 0968-42-1235
 担当 中村・飯田