

# 事業所健康診断申込書

年 月 日

<b>事業所名</b>		<b>TEL</b>	
<b>担当者氏名</b>	<b>所属</b>	<b>FAX</b>	
<b>受診票及び結果送付先住所</b>	〒		<b>mail</b>
<b>ご請求先住所</b>	〒 ※受診票及び結果送付先と同じ場合は「同上」で可		<b>受診者情報</b> 1. 前回受診者＋新規数名 2. 全員新規(データ入力用) 3. その他( )
<b>健診予定日</b>	年 月 日 ( )		

※ 下記の健診項目につきまして、実施する項目に○印をつけ、受診予定人員の欄に人数をご記入願います。  
 なお、詳細につきまして後日改めてご連絡致しますので、下記宛ご返送下さいますようお願い申し上げます。

健 診 項 目		受診予定人員	備 考		
労働安全衛生法に基づく定期健康診断	1. 胸部X線デジタル撮影	名			
	2. 診察				
	3. 身体測定(身長・体重)				
	4. 視力検査(5m視力)				
	5. 聴力検査(1000Hz、4000Hz)				
	6. 血圧測定				
	7. 尿検査(糖・蛋白)				
	8. 腹囲測定				
	9. 心電図検査(12誘導)				
	10. 血液検査			肝機能(GOT・GPT・γ-GTP)	名
血中脂質(中性脂肪・HDL-C・LDL-C)					
貧血(赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット)					
血糖(血糖・HbA1c)					
腎機能(クレアチニン、e-GFR)					
★ご希望に応じて追加検査が可能です。	定期健診に追加	11. 血液検査	BUN、尿酸、白血球数、CRP、血小板数 血清アミラーゼ、 コリンエステラーゼ	名	対象:
		12. 尿検査	潜血、 ウロビリノーゲン	名	対象:
		13. 眼底検査(片眼・両眼)※どちらか選択		名	対象:
	特殊健診等	14. 有機溶剤健診(溶剤名 )	名	対象:	
		15. 特定化学物質健診(溶剤名 )	名	対象:	
		16. 肝炎ウイルス検査(B型肝炎・C型肝炎)	名	対象:	
		17. 前立腺がん検診(PSA)	名	対象:	
		18. 大腸がん検診(便潜血検査)	名	対象:	
<貴社よりコメント> ※「雇入れ時健診がしたい」「特定健診も同時にしたい」「上記以外にやってみたい検査があるが、対応可能か？」など					

※ヘマトクリット・クレアチニン・eGFRは、平成30年度より、無料で追加しております。