

健康診断 予約申し込み書

健康保険組合名称	※必須				
会社名	※必須				
ご住所	〒				
TEL		FAX		ご担当者名	
申込日		※会社名は必ず記入ください。会社担当者から予約の場合は全項目の記入をお願いします。			

注意事項

- ・健診項目を事前に確認した上で予約をお願いします。（健診項目記入欄がある為）
- ・健診予約の変更・キャンセルをされる場合は必ず事前連絡下さい。
- ・受付順の診察となります。待ち時間が発生いたしますので時間に余裕を持ってお越しください。**水曜・木曜の午前中は混んでいるため、午後をお勧めします。**
- ・予約日の3日前からの発熱や体調不良等があった場合、症状により健診が延期になる可能性があるため、体調管理をお願いします。
- ・健康保険組合名称：協会けんぽ、関東百貨、ホームネット、イーウェル等
- ・当クリニックを受診したことがある方は受診歴を有にしてください。
- ・診断書の指定用紙がある方は持参様式を有にしてください。

医療法人安心会 愛聖クリニック

愛聖クリニック 定休日：日・祝日
健診受付時間 AM 7：50～11：30、PM 13：00～16：00
診察時間 AM 8：30～12：00、PM 14：00～17：30
TEL：098-939-5114、FAX：098-939-0156
メール kenshin@anshinkai.jp
健診担当 看護部（大城・川満）

当院で可能な健診項目	クリニック記入・確認欄 (企業健診で申込みの場合使用)
<ul style="list-style-type: none"> ・一般健診 (Aコース：採血なし/Bコース：採血あり) ・高気圧健診 ・じん肺（石綿） ・深夜業務健診 ・雇入れ健診 ・特殊健診（一部取り扱っていない健診もある為必ずお問い合わせください） ・人間ドック（水・木AMのみ/協会けんぽの人間ドックは実施しておりません） ・その他企業健診 	■支払方法 (当日・後日) (振込・窓口) ■請求・領収 (個人宛て・会社宛て) ■結果受け取り (郵送・窓口受け取り) (各個人ずつ・全員分まとめて)

記入例	愛聖 太郎		男	平成12年1月1日		沖縄市高原1-15-11		R7.2.8 午後	R7.2.9 午前	R7.2.10 どちらでも	クリニック記入 記入しない	クリニック記入 記入しない
	フリガナ	アイセイ タロウ	受診歴	持参様式	健診項目	Bコース						
	電話番号	090-1111-2222	無	有	備考欄	Bコース+じん肺						
	氏名		性別	生年月日		住所		希望日①	希望日②	希望日③	確定日	郵送物
No.1			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /		有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM		
			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも			
No.2			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /		有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM		
			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも			
No.3			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /		有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM		
			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも			
	送信日：										担当：	

会社名					
-----	--	--	--	--	--

	氏名		性別	生年月日		住所	希望日①	希望日②	希望日③	確定日	郵送物
No.4			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.5			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.6			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.7			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.8			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.9			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.10			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
							送信日：		担当：		

会社名					
-----	--	--	--	--	--

	氏名		性別	生年月日		住所	希望日①	希望日②	希望日③	確定日	郵送物
No.11			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.12			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.13			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.14			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.15			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.16			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
No.17			様	男・女			〒	R / /	R / /	R / /	有・無
	フリガナ			受診歴	持参様式	健診項目		AM・PM	AM・PM	AM・PM	
	電話番号			有・無	有・無	備考欄		どちらでも	どちらでも	どちらでも	
							送信日：		担当：		