

令和 7 年度 健康診断申込書

希望受診機関	▪ ハーティ 2 1 ▪ 福慈会 ▪ 島田クリニック ▪ 合志病院 ▪ 中馬病院 ▪ カワイ健診クリニック ▪ カーム尼崎健診プラザ (いずれかに○印をつけてください)		
事業所名			
所在地			
担当者名		T E L	

	対象者	健診項目	受診人数
一般健康診断	4 0 歳未満の方 (3 5 歳を除く)	① X 線 ② 身長 ③ 体重 ④ 視力 ⑤ 血圧 ⑥ 検尿 (糖・蛋白) ⑦ 聴力 (1000HZ・4000HZ) ⑧ 内診	名
特別健康診断	3 5 歳及び 4 0 歳以上の方 (※希望により 40歳未満の方も 受診できます)	上記①～⑧ ⑨ 腹囲 ⑩ 肝機能検査 (血液 3 種目) G O T ・ G P T ・ γ - G T P ⑪ 血中脂質検査 (血液 3 種目) 中性脂肪・ L D L コレステロール H D L コレステロール ⑫ 血液検査 (血液 2 種目) 赤血球数・血色素量 ⑬ 血糖・HbA 1 c ⑭ 心電図測定 (1 2 誘導)	名
胃部検診	希望する方		名
大腸ガン検査			名
特殊健診	該当する作業に 従事している方	有機溶剤 (A)	名
		有機溶剤 (B)	名
		鉛検査	名
		騒音職場域聴力検査	名
		引金工具	名
		特定化学物質	名
		じん肺	名
		その他	名

健康診断日で都合の悪い日があればご記入下さい。
令和 年 月 日 午前・午後

通信欄 (連絡事項・要望等がありましたらご記入下さい)