



医療法人社団めぐみ会

自由が丘メディカルプラザ

企業健診 担当宛



企業健診
お問い合わせ

FAX : 03-6421-1088

下記に必要事項をご記入ください。

お問い合わせ

お見積依頼

御社名	住所：
電話：	FAX：
mail：	ご担当者名：

<input type="checkbox"/> 定期健診 <small>(下記項目全て)</small>	名	<input type="checkbox"/> 雇入れ時健診 <small>(下記項目全て)</small>	名
<input type="checkbox"/> 定期健診項目省略 <small>(下記項目から心電図・血液検査を除く)</small>	名	<input type="checkbox"/> その他 <small>(オプション検査などの希望は、下記備考欄にご記入ください。)</small>	名

健診内容 (お見積もり希望の際は記入必須)

- 基本項目 ※定期健康診断の場合、40歳未満(35歳を除く)の方については省略可。
- ・既往歴及び業務歴の調査 / 喫煙歴及び服薬歴 / 自覚症状及び他覚症状の有無
 - ・身体計測 (身長・体重・BMI・腹囲・視力検査・聴力検査・血圧測定)
 - ・尿検査 (蛋白・糖)
 - ・レントゲン検査 (胸部撮影)
 - ※心電図検査 (安静心電図 (12誘導))
 - ※血液検査 貧血検査 (赤血球数・ヘモグロビン量)
 - 肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP)
 - 血中脂質検査 (中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール)
 - 血糖検査 (空腹時血糖)

備考記入欄

(オプション検査の希望などは、こちらに詳細をご記入ください。)

お返事は、当院からお電話にてご連絡いたします。