

お手軽検査申込書

＜検査を受けられる方への注意＞

この検査は、ご自身の健康チェックにご利用いただいております。

☆下記のような方はご利用頂けません。又、結果のご使用方法について問題が起きた場合、当院での責任は負いかねますのでご了承下さい。

- 1) 他院にて治療に要する検査を行っている場合
- 2) 前回の利用から、6カ月以内の場合
- 3) 保険会社や他の医療機関への提出用として利用
- 4) 2次健診として利用

☆以上のことをお守り頂き、異常値が出た場合には必ず医療機関を受診してください。

ふりがな		年 月 日
お名前		性 別
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 -	
電話番号	()	
郵送を希望されますか？(○をつけてください)	はい ・ いいえ	

* 郵便事情による到着遅延の場合があります

お手軽検査項目を ○で囲んでください	お手軽検査項目	金額(税込)
	血 糖 値	1,100円
	肝 臓	550円
	コレステロール	550円
	腎臓・痛風	1,100円
	メタボチェック ※コレステロールとの重複不可	1,200円
	合 計	円

1) お手軽検査のご利用 (初めて ・ 回目)

2) 食事の有無 (空腹 ・ 食後)

3) 検査を受けようと思ったきっかけを教えてください。

(

)

※上記全てにご記入いただき、受付に提出してから料金をお支払いください



横浜東邦病院

医療法人社団 嘉明会