

企業健康診断 ご担当者様へ

1. ご希望の健康診断の内容と日時が決まりましたら、お早めにお申し込みいただきますようお願いいたします。
2. 希望日直前のお申込みですとご希望に添えない場合がございます。1週間以降のご希望日をご記載ください。
3. 土曜日は大変混雑いたします。比較的空いています平日午後のご予約をお勧めしています。
4. **企業健康診断申込書** と **受診者様名簿** を FAX もしくはメールにてお送りください。ご予約日時が確定次第、当方から折り返し FAX 又はお電話にてご連絡いたします。
5. 健診結果と請求書は月末締め翌月中に一括で郵送となります。結果の個人様宛への郵送はいたしかねます。
6. 請求書の対応は、10名様以上からとなります。10名に満たない場合は、当日窓口会計とさせていただきます。
7. ご予約のキャンセル・ご変更等ございましたら、必ずお電話にてご連絡をお願いいたします。
8. **そねクリニック新宿で健康診断を受診される方へ** の内容を受診者様に周知いただきます様、お願いいたします。

健診内容

・ **A コース** : 法令 11 項目健診 8,000 円+税

※雇入れ時健康診断(労働安全衛生規則 43 条)、定期健康診断(労働安全衛生規則 44 条、35 歳・40 歳以上)

海外派遣労働者健康診断(労働安全衛生規則 45 条の 2)、特定業務従事者健康診断(労働安全衛生規則 66 条の 2)準拠

- 問診(業務歴・既往歴・自覚症状・他覚症状の有無の調査)・聴診
- 血圧測定
- 身長・体重・腹囲・BMI・視力(裸眼・矯正)・聴力(オーディオメーター)
- 尿検査(糖、蛋白)
- 胸部エックス線(直接撮影)
- 心電図
- 血液検査 [貧血検査(血色素量、赤血球数)、肝機能検査(GOT、GPT、 γ -GTP)、血糖(グルコース)、血中脂質[HDL コレステロール、LDL コレステロール、トリグリセライド(中性脂肪)]

・ **B コース** : 法令 9 項目健診(血液検査・心電図なし) 7,000 円+税

※定期健康診断(労働安全衛生規則 44 条、35 歳を除く 40 歳未満)準拠

- 問診(業務歴・既往歴・自覚症状・他覚症状の有無の調査)・聴診
- 血圧測定
- 身長・体重・腹囲・BMI・視力(裸眼・矯正)・聴力(オーディオメーター)
- 尿検査(糖、蛋白)
- 胸部エックス線(直接撮影)

オプションはこちらからお選び下さい。 ※下記以外のオプションをご希望の場合はお問い合わせください。

■1 項目 1,000 円+税

(結果を記載する) 指定用紙 色覚 HbA1c 尿酸 尿素窒素 クレアチニン 血液型 血沈 白血球分画

■1 項目 2,000 円+税

HBs 抗原 HBs 抗体 HCV 抗体 梅毒(TPHA・RPR)

■1 項目 3,000 円+税

HIV 麻疹抗体(はしか) ムンプス抗体(おたふく) 風疹抗体(三日はしか) 水痘抗体(水ぼうそう)

便検査(サルモネラ 腸チフス O-157 赤痢 パラチフス) 便潜血 馬尿酸 メチル馬尿酸

ペプシノーゲン H.ピロリ抗原(便) H.ピロリ抗体(血液) 腫瘍マーカー(CEA, PSA など 1 項目につき)

■5,000 円+税

電離放射線健康診断

そねクリニック新宿で健康診断を受診される方へ

この度は、そねクリニック新宿で健康診断を予約頂きましてありがとうございます。当クリニックは安心・正確かつスムーズに健診を行うため、下記の内容に同意いただき、順守いただく様お願いしております。

1. 前日のアルコール多量摂取はお控えください。当日は、ご予約時間の 6 時間前からお食事を摂らずにご来院ください。その間お水・お茶のみでお願いいたします。尿検査がある場合、直前のお手洗いはお控えください
2. 眼鏡、コンタクトはお持ちください。アクセサリは控えていただき、脱ぎ着しやすい服装でご来院ください。
3. 予約日時にご来院いただきましたら、受付にて必ず御社名とお名前をお伝えいただき、身分証(健康保険証、運転免許証、マイナンバーカード等)をご提示ください。
4. 所要時間は概ね 60 分を予定しています。但し、他の診療の都合等で予定時間を超える場合があります。
5. 当クリニックの場所は下記の地図やホームページでご確認ください。わからなくなった場合は伊勢丹の角(新宿通りと明治通りの交差点)から右手に 100mほど行くとミヤマ商会という黄色い看板のカメラ屋が見えてきます。そのビルの 3 階です。

医療法人社団恒正会そねクリニック新宿

〒160-0022 東京都新宿区新宿 3-32-8 新宿中央口ビル 3F

Tel:03-3356-3888 FAX:03-5367-1651

E-mail: info.shinjuku@soneclinic.com



企業健康診断申込書

FAX:03-5367-1651

E-mail:info.shinjuku@soneclinic.com

企業様名(支店名)

当クリニックご利用回数(該当する項目に✓を記入ください)

- 初回 2回目以降

健診費用のお支払い方法(該当する項目に✓を記入ください)

- 請求書(10名様以上から対応可能) ※下記に送付先御住所の記入をお願いいたします
 当日 窓口で現金でのお支払い
 その他()

健診結果・請求書送付先ご住所

〒 _____

電話番号

FAX 番号

ご担当者様名(部署/お名前)

連絡事項

※次ページの名簿記入をお願いいたします。カルテ・問診表作成以外には使用いたしません。

(企業名)

受診者様名簿

健康診断の種類(該当する項目に✓を記入ください)

- 雇入れ時健康診断 定期健康診断 Aコース 定期健康診断 Bコース
 海外派遣労働者健康診断 深夜業従事者健康診断

カルテNo.	No.	お名前	フリガナ	性別	生年月日	コース	希望日	希望時間帯 午前・午後	オプション
(記入例)	12	曾根 太郎	ソネ タロウ	男	1975/1/1	A	1/25	午前 ・午後 10時台	HbA1c
	1							午前・午後	
	2							午前・午後	
	3							午前・午後	
	4							午前・午後	
	5							午前・午後	
	6							午前・午後	
	7							午前・午後	
	8							午前・午後	
	9							午前・午後	
	10							午前・午後	
	11							午前・午後	
	12							午前・午後	
	13							午前・午後	
	14							午前・午後	
	15							午前・午後	

※カルテ No.のご記入は不要です。

※ご希望の時間帯又はその前後の時間帯から予約時間を決定させていただきます。

※ご予約日時が確定次第、当方から折り返し FAX 又はお電話にてご連絡いたします。