

船員保険生活習慣病予防健診 予約申込書

鎌田内科クリニック 健診データ担当

TEL:019-636-1725 FAX:019-635-2918

※便検査キットを郵送します。郵送先が別な場合の 住所を記入して下さい。(個人宅等)

年 月 日

支払方法(○で囲んで下さい)
会社請求 ・ 本人支払

事業所所在地	〒 -	※会社宛の領収書が必要な際は、備考欄へ記入して下さい。 ※海外航路については、英字記載となりますので、必ず有無の○を囲んで下さい。 ※健診結果は14日後、ご本人が受診して頂き、Drより結果説明となります。また、ご要望等は、備考欄をお願いします。
事業所名称		
担当者名		
電話番号		
FAX 番号		

所在地	〒 -
氏名	
備考欄	

※受診予定日は当院へご連絡の上、日程調整を行い、受診日を確定した日をご記入下さい。予約申込書は受診日の3日前までに当院へご提出をお願い致します。

※船員手帳証明書と併用した場合は、船員手帳記入料として¥5,500となります。

※船員手帳証明書追加検査

}	: 虫卵(集卵) ⇒ ¥5,665 (追加料金 ¥165)	}	となります。
	: 血液型+虫卵(集卵) ⇒ ¥7,777 (追加料金 ¥2,277)		

※胃カメラ・麻酔・肝炎ウイルス検査・前立腺がん検査を受診する場合は○で囲んでください

フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日	受診予定日	健診 船員手帳 一般健診 船員手帳	有料変更可 検査 胃カメラ 麻酔	追加検査 (男性) 前立腺がん検査 50歳以上に達する方	併用健診 肝炎ウイルス検査	海外航路 有・無	※記入しないで下さい 結果	
									説明日	郵送日
①		S・H 年 月 日	R 年 月 日	○	○	○	○	有・無	/	/
②		S・H 年 月 日	R 年 月 日	○	○	○	○	有・無	/	/
③		S・H 年 月 日	R 年 月 日	○	○	○	○	有・無	/	/
④		S・H 年 月 日	R 年 月 日	○	○	○	○	有・無	/	/
⑤		S・H 年 月 日	R 年 月 日	○	○	○	○	有・無	/	/