

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 健診データ担当者

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、備考欄にお願いします。	所在地	〒 -
事業所名称			氏名	
担当者名			備考欄	
電話番号				
FAX 番号				

※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7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¥11,000となります。

※船員手帳証明書追加検査

{ 虫卵(集卵)あり 血液型あり }	上記金額にそれぞれ追加会計となります。
-----------------------	---------------------

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