

船員手帳証明書 予約申込書

記入日 年 月 日

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

【記入の仕方】 ・下記の欄に必要事項を記載して下さい。ご要望等がございましたら、備考欄にお願いします。

住所	〒 -	生年月日	受診予定日
フリガナ		性別	R 年 月 日
氏名		男・女	S・H 年 月 日
電話番号		虫卵(集卵)	血液型
FAX番号		有 ・ 無	型 ・ 不明
備考欄		【糞便】・調理作業に従事する方に限り、虫卵(集卵)検査を行います。便ヘモグロビンは35歳以上の方に実施となります。	【血液型】・自己申請で問診で確認となります。不明な時は採血により行います。
海外航路 有 ・ 無	・海外航路がある方は、英字記載となります。必ず○で囲んで下さい。		

検査事項		20歳未満 ・ 20歳以上34歳まで		35歳以上	
		単価	税込	単価	税込
合計(国内)	必須項目のみ	9,393	10,332	16,043	17,647
	必須項目+血液型	11,313	12,444	17,963	19,759
	必須項目+虫卵	9,883	10,871	16,193	17,812
	必須項目+血液型+虫卵	11,803	12,983	18,113	19,924
合計(国際航海)	必須項目+胃透視+尿酸+B肝	22,603	24,863	27,643	30,407
	必須項目+胃内視鏡(経口)+尿酸+B肝	25,773	28,350	30,813	33,894
	必須項目+胃内視鏡(経鼻)+尿酸+B肝	25,743	28,317	30,783	33,861
	必須項目+超音波検査+尿酸+B肝	19,433	21,376	24,473	26,920