

【船員手帳健康証明(34歳以下) 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

担当者



申込日		ID		(会社よりお申し込みの場合)			
フリガナ				フリガナ			
氏名				男 ・ 女	会社名		
生年月日	S ・ H	年	月	日	担当者名		
住所	〒				所在地	〒	
電話番号		FAX		電話番号		FAX	

【確認事項】 (1)～(7)について、○印をご記入ください。(5)予約日時は、当院へ電話でお問い合わせ下さい。

特記事項等ありましたら、下記にご記入ください。

(1)	英字記載	有 ・ 無	(5)	予約日時	日付	R 年	備考欄				
	6ヶ月以上の国際航海※	有 ・ 無				月 日 ()					
(2)	※受診日から1年間で6ヶ月以上国際航海を行う予定であり、またその間に日本に寄港しない方を対象とします。		【当日持参】	☐ 船員手帳 ☐ 船員保険証(身分証明書) ☐ お薬手帳 ☐ 就労実態申告書(当日記入可) ☐ 同意書(胃部検査ある方のみ) ☐ 便キット(虫卵検査ある方のみ)	時間	時 分	クリニック使用欄(料金表 税込み)				
国際航海 有の場合	<下記3項目が必須です> ・尿酸 ・B型肝炎抗体検査 ・胃部または腹部検査 ↓ 下記1～3に○印ご記入下さい。				クリニック記入欄	胃部同意書・虫卵便キット 郵送済 ・ 来院予定		基本項目のみ		¥10,332	★血液判断料 ¥1584
					支払方法	当日窓口 ・ 後日振込み		追加検査	血液型※	¥528 ★免判(重複不可)	★便判断料 ¥374
						宛名	本人 ・ 会社		虫卵※ (調理)	165 ★免判	★免疫判断料 ¥1584
						※窓口支払いの場合、現金のみのお取り扱いです。 ※お振込みの場合、手数料は会社様(ご本人)負担となります。			腹部エコー (国際)	¥5,830	☆採取料 ¥132
1	胃部X線	(6)			胃透視 (国際)	¥9,317	※判断料、採取料も頂いて下さい。				
2	胃カメラ				胃内視鏡: 鼻 (国際)	¥12,771					
3	腹部エコー				尿酸※ (国際)	121 ★生I判 ☆採取料	郵送料 ¥430				
(3)	虫卵検査 (調理)	有 ・ 無	(7)	受取方法	1	来院		HBs抗体※ (国際)	968 ★免判(重複不可)		
(4)	血液型検査 (ご不明な場合)	有 ・ 無			2	郵送(別途 ¥430)	<<手帳のみ 19～34歳>> ◆基本項目のみ 採血なし・便潜血なし・心電図なし ◆国際航海なし 胃部検査不要 ◆国際航海あり 3項目必須 (①尿酸②胃・腹部検査③HBs抗体検査)				