

健康診断申込書



大里メディカルクリニック

Osato Medical Clinic, Inc.

3440 Lomita Blvd. Suite #321

Torrance CA, 90505

TEL: 310-534-8200

FAX: 310-534-8265

Email: kenshin@osatoclinic.com

受診者氏名 (ローマ字) :			
生年月日(mm/dd/yyyy) :			
当院ご利用有無	<input type="checkbox"/>	初診の方	<input type="checkbox"/>
過去3年以内に外来診療のご利用ある方			
支払い方法	保険請求 *別紙同意書にサインをお願いします。		

申込みプラン ご希望の検査にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> Basic Plan <ul style="list-style-type: none"> ▪ 総合内科診察：問診表の分析・聴打診・触診 ▪ 身体計測：身長・体重・腹囲・体脂肪測定 ▪ 血圧測定 ▪ 尿検査：[pH・比重・蛋白・ケトン・糖・潜血・ビリルビン・ウロビリノーゲン] ▪ 便潜血反応検査 ▪ 血液検査：[血液学・脂質代謝(コレステロール)・肝機能・腎機能・糖代謝(空腹時血糖,グリコヘモグロビンA1c) ・電解質・痛風・甲状腺機能]

追加検査

その他の検査 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 胸部X線 _____ <input type="checkbox"/> 心電図 _____ <input type="checkbox"/> 婦人科検診 (30歳未満) (触診及び子宮頸癌検診) _____ <input type="checkbox"/> 婦人科検診 (30歳以上) (触診及び子宮頸癌検診+HPV検査) _____ <input type="checkbox"/> 腹部超音波 _____ <input type="checkbox"/> 頸部血管超音波 _____ <input type="checkbox"/> ピロリ菌ブレステスト _____ <input type="checkbox"/> 肺活量 _____ <input type="checkbox"/> 視力 _____ <input type="checkbox"/> 聴力 _____ <input type="checkbox"/> 性病 (クラミジア) _____ <input type="checkbox"/> 性病 (淋病) _____ 	血液検査 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査 _____ <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 _____ <input type="checkbox"/> PSA (前立腺腫瘍マーカー) _____ <input type="checkbox"/> CA125 (卵巣腫瘍マーカー) _____ <input type="checkbox"/> 血液型 (ABO型、RH型) _____ <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 _____ <input type="checkbox"/> 性病 (梅毒) _____ <input type="checkbox"/> 性病 (ヘルペス) _____
外部施設検査 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> マンモグラム @LCOM Breast Center _____ <input type="checkbox"/> 乳腺エコー(保険対象外) \$200 _____ <input type="checkbox"/> 胃部バリウムX線透視(保険対象外) \$200 _____ <input type="checkbox"/> 骨密度検査 @Del Amo _____ <input type="checkbox"/> 頭部MRI/MRA(保険対象外) \$600 _____ 	内視鏡検査 保険での内視鏡検査につきましては事前には事前に大里先生との 診察が必要になりますのでご相談下さい。

結果報告

<input type="checkbox"/> 健康診断レポート \$50 (保険外) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 和文 <input type="radio"/> 英文 	または	<input type="checkbox"/> 再診
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----------------------------

サイン/SIGNATURE

日付/DATE