

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: 310-375-3003

FAX: 424-347-3350

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。

Basic Plan

- 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		血液検査	
<input type="checkbox"/> 胸部X線	_____	<input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査	_____
<input type="checkbox"/> 心電図	_____	<input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査	_____
<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"/> PSA (前立腺腫瘍マーカー)	_____
<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"/> CA125 (卵巣腫瘍マーカー)	_____
<input type="checkbox"/> 腹部超音波	_____	<input type="checkbox"/> 血液型 (ABO型、RH型)	_____
<input type="checkbox"/> 頸部血管超音波	_____	<input type="checkbox"/> HIV抗体検査	_____
<input type="checkbox"/> ピロリ菌プレステスト	_____	<input type="checkbox"/> 性病 (梅毒)	_____
<input type="checkbox"/> 肺活量	_____	<input type="checkbox"/> 性病 (ヘルペス)	_____
<input type="checkbox"/> 視力	_____	<input type="checkbox"/> ビタミンD	_____
<input type="checkbox"/> 聴力	_____	<input type="checkbox"/> *アレルギーテスト	_____
<input type="checkbox"/> 性病 (クラミジア)	_____	(* 院内LABのみ)	
<input type="checkbox"/> 性病 (淋病)	_____		
外部施設検査		内視鏡検査	
<input type="checkbox"/> マンモグラム	_____	保険での内視鏡検査につきましては事前に大里先生との	
<input type="checkbox"/> 骨密度検査	_____	診察が必要になりますのでご相談下さい。	
<input type="checkbox"/> 頭部MRI/MRA (保険対象外)	\$600 _____		

結果報告

健康診断レポート \$70 (保険外)
 または
 再診

和文

 英文