健康診断申込書

大里メディカルクリニック
Osato Medical Clinic, Inc.
2860 Sepulveda Blvd.
Torrance CA, 90505
TEL: 310-375-3003
FAX: 424-347-3350
Email: kenshin@osatoclinic.com

受診者氏名（ローマ字）： 性別: 男性 / 女性/その他				生年月日(mm/dd/yyyy)：
EMAIL：				電話番号:
当院ご利用有無	☐	初診の方	☐	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]
- 血液検査：[ビタミンD]

追加検査

その他の検査

- ☐ 胸部X線 ____
- ☐ 心電図 ____
- ☐ 婦人科検診（30歳未満）（触診及び子宮頸癌検診） ____
- ☐ 婦人科検診（30歳以上）（触診及び子宮頸癌検診＋HPV検査） ____
- ☐ 腹部超音波 ____
- ☐ 頸部血管超音波 ____
- ☐ ピロリ菌ブレステスト ____
- ☐ 肺活量 ____
- ☐ 視力 ____
- ☐ 聴力 ____
- ☐ 性病（クラミジア） ____
- ☐ 性病（淋病） ____

外部施設検査

- ☐ マンモグラム ____
- ☐ 骨密度検査 ____

血液検査

- ☐ B型肝炎抗原検査 ____
- ☐ C型肝炎抗体検査 ____
- ☐ PSA（前立腺腫瘍マーカー） ____
- ☐ CA125（卵巣腫瘍マーカー） ____
- ☐ 血液型（ABO型、RH型） ____
- ☐ HIV抗体検査 ____
- ☐ 性病（梅毒） ____
- ☐ 性病（ヘルペス） ____
- ☐ ＊アレルギーテスト（＊院内LABのみ） ____

内視鏡検査

内視鏡検査につきましては事前にご相談ください。

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

サイン/SIGNATURE　　日付/DATE

REV:3/25/2024