

2020 年春期在蘭日本人健康診断登録用紙

受診者一覧

| № | 漢字氏名 | フリガナ (カタカナ) | ローマ字 (姓) | ローマ字 (名) | 性別 | 生年月日 (西暦) | 続柄 |
|---|------|-------------|----------|----------|-----|-----------|----|
| 1 | | | | | 男・女 | 年 月 日 | 本人 |
| 2 | | | | | 男・女 | 年 月 日 | |
| 3 | | | | | 男・女 | 年 月 日 | |
| 4 | | | | | 男・女 | 年 月 日 | |
| 5 | | | | | 男・女 | 年 月 日 | |

受診項目及び費用

* 受診者一覧№1～5 の各受診者について申し込む検査に丸、「計」に各項目の合計金額記入

| № | 成人健診 | 若年者健診 | 学齢者健診 | 胸部 X 線 | 大腸がん検診 | 胃がんリスク | 子宮頸がん (女性) | 前立腺がん (男性) | 乳がん (女性) | 腹部超音波 | 肝炎検査 | 甲状腺機能 | その他 |
|-----------------|------|-------|-------|-----------|---------|------------------------------|------------|------------|----------|-------|------|-------|-----|
| | €550 | €450 | €200 | €150 | €100 | €100 | €150 | €100 | €300 | €300 | €100 | €100 | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | | | | | | | |
| 健診・追加検査の合計費用 | | | | 「計」欄合計 | € | 請求書宛名記入欄 (いずれか丸で囲む: 企業名・個人名) | | | | | | | |
| TmS (遠隔医療) サービス | | | | 1 家族 €300 | € | | | | | | | | |
| 事務手数料 (6 人以上無料) | | | | 1 申込 €50 | € 50.00 | | | | | | | | |
| 合計受診費用 | | | | | € | | | | | | | | |

1. 2021 年 3 月 31 日時点で 30 歳以上の方は成人健診、16~29 歳の方は若年者健診、6~15 歳の方は学齢者健診をお申し込みください。
2. 学校関係の理由による学齢者・若年者健診の予約変更・延期には対応できませんので、充分ご確認の上お申し込みください。
3. 大腸がん検診は 2 回法便潜血検査です。胃がんリスク検診 (ペプシノゲン判定)、前立腺がん検診 (PSA)、肝炎検査 (B 型 HBs 抗原, C 型 HCV 抗体)、甲状腺機能検査 (FT4・TSH) はいずれも血液検査に含まれます。子宮頸がん検診は子宮頸部細胞診、乳がん検診はマンモグラフィです。
4. 胸部 X 線撮影・子宮頸がん検診・乳がん検診は、受診時に妊娠中もしくは妊娠の疑いがある場合、加えて、子宮頸がん検診は出産後 3 ヶ月以内、乳がん検診は授乳中・中止後 3 ヶ月以内、過去 6 ヶ月以内に受けている場合、検査不可です。可能性のある方は申し込まないでください。
5. マンモグラフィは放射線被曝を伴うので、低リスクの女性のスクリーニングとしては 1 年 1 回 (35 歳未満は 2 年 1 回) を超えないでください。
6. 医療・保険制度上の理由で胃・大腸内視鏡検査、心臓・乳房・経膈超音波検査、眼検診は、健康診断の追加検査として申し込めません。
7. 上記 6 の検査手配、健康診断期間中の紹介状・処方箋交付、オンライン相談をご希望の方は、予め TmS (遠隔医療) サービスにご加入ください。

予約日・時間帯

* 第 1~5 希望の受付時間帯に (受診者により異なる場合、「受診者№」「-」の後に) 1~5 と記入

| 希望受付時間帯 | 5 月 11 日(月) | 5 月 12 日(火) | 5 月 13 日(水) | 5 月 14 日(木) | 5 月 15 日(金) |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 8:15~8:45 | | | | | |
| 9:00~9:45 | | | | | |
| 13:30~14:00 | | | | | |

注意: 予約日時は入金確認順に第 1~5 希望の時間帯で決定し、申込内容を考慮の上各時間帯の開始時間より 15 分ごとに入れます。第 5 希望までご記入がないと、特に腹部超音波・女性追加検査をお申し込みの場合、ご記入以外の時間帯になることがあります。業務の関係で第 3 希望まで選べなければ事前にご相談ください。腹部超音波がある場合 9:45 予約不可です。予約に関するご希望は余白にお書きください。所要時間は通常 3~4 時間ですが、終了時間はお約束できません。原則として変更不可ですが、調整困難な業務上の理由については無償で対応します。その他の理由による変更と理由にかかわらず次回への延期では手数料が発生します。健康診断・検査のキャンセルによる返金は一切ありません。

記入者名: _____ 記入年月日: 2020 年 _____ 月 _____ 日

企業名: _____ 連絡先 tel: _____

企業所在地*: _____

*月~金 9:00~18:00 に確実に送付物が配達される住所として所属する組織の所在地を記入、所属先がない場合のみ自宅住所可。

e-mail: _____ @ _____ fax: _____

詳細の確認には別紙「ご案内」・「実施要項」をご覧ください