

2024年夏期在蘭日本人健康診断登録用紙

「実施要項」にて詳細をご確認ください

受診者一覧

No.	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	

受診項目および費用

*受診者一覧No.1~5の各受診者について申し込む検査に丸

No.	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	前立腺がん	乳がん検診	腹部超音波	肝炎検査	甲状腺機能	乳幼児診察
	€800(750)	€550	€300	€150	€150	€100	€150	€100	€300	€300	€100	€100	€0
1													
2													
3													
4													
5													
合計受診費用		請求先記入欄 (いずれか丸で囲む: 企業名・個人名):						その他の検査 (問い合わせの上記入):					
€													

- 2025年3月31日時点で21歳以上の方は成人健診、16~20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。
- 胸部X線撮影・乳がん検診・腹部超音波検査をお申し込みの方は放射線科検査申込用紙を併せてご提出ください。
- 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。子宮頸がん検診と乳がん検診は女性、前立腺がん検診は男性を対象とする検査です。
- 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または妊娠の疑いがある場合検査不可、加えて、子宮頸がん検診は出産後3ヵ月以内、乳がん検診は授乳中・中止後3ヵ月以内、過去6ヵ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。
- 同じ事業所・家族から成人健診2名以上の申し込みで一括請求・窓口一つ(一括申し込み)の場合、割引価格€750が適用されます。

希望予約日・時間帯

*受診者一覧No.1~5の各受診者について右の表の受付時間帯から第1~5希望を選んでコードを記入

No.	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望	第5希望
1					
2					
3					
4					
5					
予約に関するご希望記入欄:					

2024年7月	4日	5日	6日	7日	8日	9日
受付時間帯	木	金	土	日	月	火
8:15~8:45	A1	A5	*		A12	A16
9:15~9:45	A2	A6		A9	A13	A17
10:15~10:45	A3	A7		A10	A14	A18
11:15~11:30	A4	A8		A11	A15	
14:15~14:45		P1			P3	
15:15~15:30		P2		P4		

*アムステルラント病院で8:30~17:00放射線科検査・血液検査実施

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ます。受診項目等を考慮して各時間帯の開始時間より15分ごとに予約を入れます。主会場での血液検査の実施時間は午前10~12時に限られます。放射線科検査をお申し込みの方は基本的に血液検査も病院で併せて受けることになり、必ず2回来院が必要です。お申し込みでない方は、待ち時間が長くないよう8:30~11:30の時間帯からお選びください。第5希望までご記入がないと、空き状況によりご記入の時間帯以外で予約を決定することがあります。所要時間の目安は1.5~2時間です。原則として変更不可ですが、調整困難な業務上の理由の場合、同じ期間中の変更には無償で対応します。当院で正当と認められた他の事情については、手数料が発生します(不可抗力除く)。変更・延期手続きは書面でのみ受け付けます。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: 2024年 月 日

企業名: _____ 連絡先 tel: _____

企業所在地*: _____

*所属先住所での送付物受け取りが困難な場合、企業所在地とともに「郵送先」として自宅住所も記入。

e-mail: _____ @ _____ fax: _____