

2025 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, 学齢者健診・追加検査の単独申込不可

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
	€850(750)	€600	€300	€150	€150	€100	€200	€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):					
€													

- 2026 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提出してください。
- 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 (ヘプシノゲン判定), 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。
- 胸部 X 線撮影・子宮頸がん検診・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 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。
- 同じ事業所・家族から成人健診 2 名以上の申し込みで, 一括申込の条件 (全員分・全項目分まとめて請求・支払い, 窓口一つ) を満たす場合, 二人目より割引価格 (€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:					

2025 年 7 月	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日
受付時間帯	木	金	土	日	月	火
8:15~8:45	A1	A4	*	/	A9	A12
9:15~9:45	A2	A5		A7	A10	A13
10:15~11:15	A3	A6		A8	A11	A14
13:45~14:15	/	P1		/	P3	/
14:45~15:15	/	P2	/	P4	/	/

*アムステルラント病院で 8:30~16:45 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。第 5 希望までご記入がないと, 他の近い時間帯に予約を入れることがあります。乳幼児内科診察は同伴する一般健診の受診者の健康診断終了後行い, 同伴者のご予約は各時間帯の最後となります。血液検査は主会場で平日午前中 (9:15~11:15), 病院で土曜全日 (8:30~16:45) 実施します。放射線科検査が無い方は主会場で一般健診と一緒に血液検査を受け, ある方は基本的に土曜に病院で放射線科検査・血液検査, 別の日に主会場で一般健診を受けることとなります。所要時間の目安は 1~2 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の場合, 同じ期間中の変更は無償で対応します。次回への延期および当院で正当と認められた業務以外の理由での同期間内の変更では手数料が発生します (感染症・天候等不可抗力による場合を除く)。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: 2025 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: _____