健康診断申込書(個人)

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

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**　（健康診断レポート込み　○和文　または　○英文）

- 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
- 視力検査
- 聴力検査
- 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（Option）

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 ____
- ☐ 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

- ☐ 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検査 ____
- ☐ B型肝炎抗原検査 ____
- ☐ C型肝炎抗体検査 ____
- ☐ 性病（梅毒） ____
- ☐ 性病（ヘルペス） ____
- ☐ ビタミンD ____
- ☐ アレルギーテスト ____

内視鏡検査

- ☐ 胃内視鏡（麻酔あり）
- ☐ 大腸内視鏡（麻酔あり）
- ☐ 胃･大腸内視鏡（麻酔あり）

内視鏡検査につきましては、事前にご相談ください。

※組織生検・病理学検査（ポリープ切除は追加料金となります。）

※当院でご使用いただけない保険をお持ちの方へ※　以下のことを同意の上で、大里クリニックでの健康診断をお受け下さい。

今回の健康診断の結果で異常が出た場合には、自身の保険内のクリニックにて、再診・治療を受けることを約束いたします。

合計 (Total)　$ _____

サイン/SIGNATURE　　日付/DATE

REV:3/29/2024