

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・尿沈渣] - 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	血液検査
☐ 胸部X線	☐ PSA (前立腺腫瘍マーカー)
☐ 心電図	☐ CA125 (卵巣腫瘍マーカー)
☐ 婦人科検診 (30歳未満) (触診及び子宮頸癌検診)	☐ 血液型 (ABO型、RH型)
☐ 婦人科検診 (30歳以上) (触診及び子宮頸癌検診+HPV検査)	☐ HIV検査
☐ 腹部超音波	☐ B型肝炎抗原検査
☐ 頸部血管超音波	☐ C型肝炎抗体検査
☐ ピロリ菌プレステスト	☐ 性病 (梅毒)
☐ 肺活量	☐ 性病 (ヘルペス)
☐ 性病 (クラミジア)	☐ ビタミンD
☐ 性病 (淋病)	☐ アレルギーテスト
外部施設検査	内視鏡検査
☐ マンモグラム	☐ 胃内視鏡 (麻酔あり)
☐ 骨密度検査	☐ 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:5/3/2024