

健康診断申込書



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	
支払い方法	保険請求 *別紙同意書にサインをお願いします。				

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
- 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 - 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] - 血液検査：[ビタミンD]

追加検査

その他の検査	血液検査
☐ 胸部X線	☐ B型肝炎抗原検査
☐ 心電図	☐ C型肝炎抗体検査
☐ 婦人科検診（30歳未満） （触診及び子宮頸癌検診）	☐ PSA（前立腺腫瘍マーカー）
☐ 婦人科検診（30歳以上） （触診及び子宮頸癌検診＋HPV検査）	☐ CA125（卵巣腫瘍マーカー）
☐ 腹部超音波	☐ 血液型（ABO型、RH型）
☐ 頸部血管超音波	☐ HIV抗体検査
☐ ピロリ菌ブレステスト	☐ 性病（梅毒）
☐ 肺活量	☐ 性病（ヘルペス）
☐ 視力	☐ *アレルギーテスト
☐ 聴力	（* 院内LABのみ）
☐ 性病（クラミジア）	
☐ 性病（淋病）	
外部施設検査	内視鏡検査
☐ マンモグラム	内視鏡検査につきましては事前にご相談ください。
☐ 骨密度検査	

結果報告

☐ 健康診断レポート \$70（保険外） ○ 和文 ○ 英文	または	☐ 再診
--	-----	-----------------------------

サイン/SIGNATURE

日付/DATE

REV:5/1/2024