

プチ健診 申込書 及び 処理簿

平成 年 月 日

住 所	〒 -	電話番号		携帯電話	
	増毛郡増毛町				
氏 名			大正・昭和・平成	年	月 日生

希望する検査を「希望欄」に○印をして下さい。

	検査名	料金	※ 1 希望欄	処 理 欄			
				受付	看護師	会計	結果発送
①	血 糖 検 査	¥600					
②	脂 質 検 査	¥600					
③	肝 機 能 検 査	¥600					
④	血糖・脂質・肝機 能 セ ッ ト	¥1,500					
⑤	腎 機 能 検 査	¥600					
⑥	前 立 腺 検 査	¥1,500					
⑦	甲 状 腺 検 査	¥2,500					
⑧	貧 血 検 査	¥600					
⑨	骨粗しょう症検査	¥600					

「健診結果」は、1週間～10日前後で、自宅の方へ郵送されます。

増毛町立市街診療所