

令和7年青梅法人会 健康診断のご案内

- 受診期間 9月1日～11月28日（土・日・祝日は除く）のご希望日
- ※ 12月以降のご予約のご相談も承ります。詳しくはお電話にて（羽村三慶病院のみ）
- ※ 下記申込書に、ご希望コース、受診希望日（第2希望も）をご記入の上、お申込み下さい。

基本健診コース				
A	B	C	健診項目	検査内容
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	診察	医師による問診・診察
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	身体測定	身長、体重、BMI、視力、聴力、腹囲、血圧測定
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	呼吸器	胸部レントゲン
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	尿検査	尿糖、尿蛋白、尿中ウロビリノーゲン、尿潜血
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	貧血検査	赤血球、ヘモグロビン、白血球、ヘマトクリット等
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	肝機能検査	AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GT (γ-GTP)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	血中脂質検査	HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	血糖検査	血糖値、HbA1C
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	腎機能検査	クレアチニン、BUN
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	痛風検査	尿酸
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	循環器検査	心電図

受診価格表（税込）		
コース	法人会員特別価格	通常価格
A	7,370円	11,770円
B	3,740円	4,840円
C	7,700円	11,990円

※婦人科検診はございません。

健診医療機関	羽村三慶病院 （東京都立羽村高校前） 羽村市羽4207番地 TEL 042-570-1130 FAX 042-570-1137	青梅三慶病院 （釜の淵公園隣） 青梅市大柳1412番地 TEL 0428-24-7501 FAX 0428-23-7307
実施時間	土・日・祝を除く 午前9時～午前11時30分（木を除く） 午後2時～午後2時30分（月～金）	土・日・祝を除く 午前9時～11時（月～金）
健診結果・受診料	健診結果は郵送させていただきます。 お支払は病院窓口、又は、お振込にて対応しております。	

【ご来院時の注意事項】

- ①必ずサージカルマスク（不織布）を着用の上、ご来院ください。
- ②当日は病院入口にて検温をしていただきます。  
37.0℃以上の発熱がある場合、健康診断を中止とさせていただきます。
- ③健康診断実施日より一週間以内に風邪症状があった場合、健康診断を中止させて頂く事がございます。

申込日 年 月 日

青梅法人会会員 生活習慣病健康診断申込書

法人名 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

ご希望コースに○印をつけ、希望医療機関、第1、第2希望日をご記入ください。 希望医療機関 羽村 ・ 青梅

フリガナ 受診者名	性別	生年月日	コース	受診希望日		
	男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	第1希望	年	月 日
				第2希望	年	月 日
	男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	第1希望	年	月 日
				第2希望	年	月 日
	男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	第1希望	年	月 日
				第2希望	年	月 日
	男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	第1希望	年	月 日
				第2希望	年	月 日
	男・女	T・S・H 年 月 日	A・B・C	第1希望	年	月 日
				第2希望	年	月 日

※羽村三慶病院のみ お支払い方法 お振込み ・ 当日窓口支払い（現金） ・ 後日窓口支払い（現金）  
ご希望のお支払い方法に○印をつけてください