

健康診断受診申込書 Application for Health Examination																			
検便容器・質問書の郵送を希望しますか。 する・しない							E/P 用の健診希望 あり・なし												
受診日 Date of Exam	第1希望 First Choice (年 月 日)		午前 AM	標準検査					特別審査										
	第2希望 Second Choice (年 月 日)			午後 PM	A	B	G	C	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
追加検査や予防注射等のご希望をお書きください。																			
氏名 Name	ローマ字 Romaji	姓 (Mr) (Mrs) (Ms) 名		男 M	生年月日 Date of Birth		西暦 年 月 日 YY MM DD (才)												
	漢字 Japanese				女 F	シンガポール 日本人会会員番号 Membership No.													
配偶者又は保護者名 Spouse's or Father's Name				パスポート番号 Passport No.															
日本側企業名 Name of Co. in Japan				何番目のお子様か○で囲んでください。 Birth Order 1 2 3 4															
現地事業所名 Name of Co. in S'pore																			
事業所所在地 Present Co. Address																		TEL :	
																		FAX :	
現住所 Home Address																		TEL :	
																		FAX :	
メディカルレポート 送り先 Medical Report to be Sent to:		<input type="checkbox"/> 現地事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 <u>その他の送付先</u>			<input type="checkbox"/> Company <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Others														
健康診断を含め、当クリニックで受診した事がありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない Have you been here for medical check-up or outpatient treatment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				支払い方法 Form of Payment ① 現金 Cash ② 小切手 Cheque ③ クレジットカード ④ 会社払い Invoice (シンガポール国内のみ) ⑤ 保険 Insurance ATTN To _____															
お願い この申込書は事前に FAX 又は郵便にてご返送ください。 <ul style="list-style-type: none"> ● 医療費のお支払いには日本人会会員カードは使用できません。 ● 各会社への御請求書送付はシンガポール国内だけに限られます。 ● シンガポール国外からの受診者の支払いはシンガポールドルのキャッシュ及び小切手 または各種クレジットカードでお願いします。 ● お忙しい方はお支払いを会社ご請求にさせていただきますと、健診後、すぐにお帰り頂けます。 																			

JACS

シンガポール日本人会クリニック

The Japanese Association Clinic, Singapore

120 Adam Road Singapore 289899 Tel: 64696488, 64670070 (日本語専用) Fax: 64671298

健康診断をお受けになる前に

〈当日ご持参いただくもの〉

- ① 健康質問書 ② 検便 ③ パスポート、認可通知書（EP 申請用の健診も同時にご希望の方のみ）

《健康診断をお受けになる前の食事制限》

A・B・G・C コースを受診される方は、食事制限が必要です。

- * 午前 9 時からの健康診断の場合
前日の夕食は 9 時ごろまでに終わり、それ以降は何も食べないで下さい。ただし、水やお茶などは就寝までは飲んで構いませんが、当日の朝は何も飲んだり、食べたりしないでお越し下さい。
- * 午後 1 時 45 分からの健康診断の場合
当日の食事は 7 時までに軽く召し上がってください。
その後、一切飲食物は取らずにお越し下さい。

〈健康診断をお受けになる前の注意〉

- * 検便容器には必ずローマ字でお名前をご記入下さい。
- * **特別検査3(子宮頸がん検査)**は、火曜日の午後は受診できませんのでご注意下さい。
- * **特別検査4(腹部超音波検査)、特別検査9(肺機能検査)**は、木曜日の午後は受診できませんのでご注意下さい。
- * **特別検査7(喀痰検査)**は、予め殺菌された容器が必要になります。検査当日朝一番の痰の採取をお勧めします。検査の結果、採取されたものが「唾液」という結果がでることがございますのでご了承下さい。
- * 特別検査1～12 項目以外の検査や予防接種をご希望の方は、事前にお知らせ下さい。
- * エイズ検査は、Gコース以外の標準検査には含まれておりませんので、ご希望の方はお申し出下さい。
- * **胃バリウム検査**の前には、消化管の動きを抑える注射をします。
- * 緑内障、心疾患、前立腺肥大のある方は注射を行いませんので、予めお申し出下さい。
- * **胃内視鏡検査**をご希望の方は、血液検査をお受けになってからの受診となります。
- * 予約状況により実施日が異なる場合がございますのでご了承下さい。
- * 胃内視鏡検査の際に行います組織検査、ポリープ切除など(施行医師の判断による)につきましては、追加料金となります。詳細は医師との面談の際に、ご相談下さい。
- * お薬を服用していいらっしゃる方は、絶食開始から検査終了まで服用しないで下さい。
- * 特殊なお薬を飲んでいらっしゃる場合は、ご相談下さい。

《女性の健診の方へ》

- * 妊娠中のレントゲン検査はできませんので、予めお申し出下さい。
- * 妊娠が予想される方もレントゲン検査はいたしませんので、お申し出下さい。その日のレントゲン検査は延期して、後日妊娠していないことがはっきりしましたら、検査にお越し下さい。
- * 生理中は子宮頸がん検査及び検尿はしないほうがよいと思われます。当日は延期して、改めて検査にお越し下さい。
- * 特別検査10(婦人科超音波検査)、特別検査11(乳腺検査)につきましては、特殊検査機器が必要なためオーチャードにある検査機関へ行っていただきます。
- * 特別検査 11 番をご希望で、40 歳未満の方は、医師の診察の際にご相談下さい。
- * 冷房に敏感な方は、冷房の強い場所もございますので、上に羽織るものをご持参ください。

《お子様へ》

- * Dコースを受診されるお子様は、食事制限の必要がございません。
- * 当日検査中に尿が採取できないような小さなお子様には、オムツにあてる尿検査用のパックがございますので、事前にお申し出下さい。

《ランチ》

- * A・B・G・Cコースを受診の方は、下記の中からおひとつお選びいただけます。
 - ① 日本人会会館どんぐりレストラン(1F)のお食事券（レストラン 11 時オープン）
 - ② ビタミン剤、湿布などの商品類
 - ③ Club shop にてのお買い物券（クラブ ショップ 11 時オープン）
- * 自動車でお越しの方は、日本人会会館 地下駐車場をご利用下さい。(無料)
 - ☆ 胃内視鏡検査を含むGコースの方は、お帰りの車の運転はお控えくださいますようお願い申し上げます。