

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 *ご希望の方は、受診日の1週間前までにお申し出下さい。		エンプロイメントパス用健診 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					特別検査					
	第2希望 Second Choice (年 月 日)		M	A	B	G	C	1	2	3	4	5	6
			午後 PM	S	A+	B+	G+	D	7	8	9	10	11
追加検査や予防注射等のご希望をお書き下さい。													
ローマ字 Romaji 氏名 Name	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○で囲んで下さい。 Birth Order 1 2 3 4 5									
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"/> Company <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> Others <u>その他の送付先</u>												
健康診断を含め、当院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 ネット NETS ③ クレジットカード credit card 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 この申込書を事前に、FAX 又はメール、郵便にてご返送ください。 ・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お越しの方は、会社払いは受付けておりません。 --- 健康診断の前日には、裏面の注意書をお読み下さい。 ---													

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](tel:64696488) (日本語専用) FAX:64671298 E-mail: clinic@jas.org.sg

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 エンプロイメントパス申請用の健診も同時にご希望の方は、パスポートと認可通知書

《食事制限》 大人コース、子供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11時頃までにお済ましになり、それ以降は禁食となります。
水やお茶は午前5時頃まで飲んで構いませんが、それ以後はお控えください。

* 午後2時からの健康診断の場合

当日の朝食は7時頃までに軽くお召し上がりになり、それ以降は禁食となります。
水やお茶は午前10時頃までは飲んで構いませんが、それ以後はお控え下さい。

《注意事項》

- * 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、**火曜日午後**、休診となります。
- * 特別検査4（腹部超音波検査）、特別検査9（肺機能検査）は、**木曜日午後**、休診となります。
- * 特別検査7（喀痰検査）は、予め殺菌された容器が必要となります。検査当日、朝一番の痰採取をお勧めします。
検査の結果、採取されたものが「唾液」という場合がございますので、ご了承下さい。
- * 特別検査1～12項目以外の検査や予防注射をご希望の方は、事前にお知らせ下さい。
- * エイズ検査は、G、Gプラスコース以外のコースには含まれておりません。ご希望の方はお申し出ください。
- * 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に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、医師との診察の際にご相談下さい。
- * お薬を服用していらっしゃる方は、ご相談下さい。

《女性の方へ》

- * 妊娠中 / 妊娠が予想される方は、レントゲン検査はできませんので、予めお申し出下さい。
- * 生理中は、子宮頸がん検査及び検尿はお勧めしませんので、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）、特別検査11（乳腺検査）につきましては、別検査機関に行っていただきます。
- * 特別検査11をご希望の方で、40歳未満の方は、医師の診察の際にご相談ください。

《お子様へ》

- * Dコースを受診されるお子様は、食事制限の必要がありません。
- * 検査中に採尿ができない小さなお子様には、オムツにあてる採尿用のパックがございますので、事前にご連絡下さい。

《特典》

- * 大人S, A, A+, B, B+, G, G+ コース、子供Cコースを受診の方は、下記の中からいずれかをご利用いただけるバウチャーをさしあげます。
 - ① 日本人会館内レストラン、ラウンジ
 - ② クリニック内 ビタミン剤、湿布などの商品類
 - ③ クラブショップでのお買い物

- * 自動車でお越しの方は、日本人会館 地下駐車場をご利用下さい。（無料）

胃内視鏡検査の際に、静脈麻酔をされた方は、お帰りの車の運転はお控え下さいますようお願い申し上げます。