

健康診断受診申込書

Application for Health Examination

この申込書を事前に、FAX、E-mailまたは郵便にてご返送ください。
 検便容器・質問書の郵送を希望しますか？健診受診日の1週間前までにお申し出下さい。
 する ・ しない

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										
			M	A	B	G	C	1a	1b	2	3	4	5a	5b	6			
	第2希望 Second Choice (年 月 日)	午後 PM	S	A+	B+	G+	D	7	8	9	10	11a	11b	12	13			
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	(Mr) (Mrs) (Ms)		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				NRIC/FIN														
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:																	
現住所 Home Address																		
	TEL:																	
メディカルレポート 送り先 Medical Report to be sent to:																		
	FAX:																	
健康診断を含め、当院で受診した事がありますか？ Have you been here for medical check-up or outpatient treatment? □ ある □ ない □ Yes □ No	□ 現地事業所			□ Company (Attn:)			□ 自宅			□ Home								
	その他の送付先:																	
							支払い方法 Form of Payment											
							① 現金 Cash											
							② 小切手 Cheque											
							③ ネット NETS											
							④ クレジットカード Credit card											
							⑤ 会社払い(シンガポール国内のみ) Invoice											
							⑥ 保険 Insurance()											
<p>当院へ提供された個人情報患者様に医療サービスを提供するためのものであり、利用目的以外に使用されることはありませんが、必要がある場合、他検査機関等と情報を共有する場合はございます。予めご了承下さい。 With your agreement, all the information provided are for the purpose of providing medical services and we may share the information with other medical institution (or insurance company) if necessary.</p>																		

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 (日本語ライン) 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

《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時頃までに済ませていただき、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時頃までに軽めに済ませていただき、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。検便は健診日より2週間以内にご持参下さい。期限を過ぎた場合には、検査をキャンセルとさせていただきます。
- * 特別検査1（眼底/眼圧検査）は裸眼での検査となりますので、コンタクトレンズをお使いいただいている方は外していただく必要がございます。
- * 特別検査3（子宮頸がん検査）は、**火曜日午後**は実施できません。
- * 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**は実施できません。
- * 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、朝一番の痰採取をお勧めします。検体によっては、検査の結果、採取されたものが「唾液」と判断される場合がございますのでご了承下さい。
- * 特別検査1～13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。ご希望でない方または緑内障、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、事前に感染症の血液検査をお受けいただくようお願いしております。健診当日の血液検査と一緒にすることも可能ですが、検査結果が出るまでに1時間半ほど要します。結果が出てから胃内視鏡検査を開始いたしますので、ご理解いただけましたら幸いです。
- * 胃内視鏡検査の際に行う組織検査、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事前にお申し出下さい。

《女性の方へ》

- * 妊娠中または妊娠している可能性のある方は、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できませんので、当日は検査を延期して、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、別の検査機関での受診となります。ご来院いただいた際に別途ご予約をいたしておりますが、同日に検査をご希望の場合には事前にお申し出下さい。
- * 特別検査11b（マンモグラム）は、原則的には40歳以上にお勧めしています。40歳未満の方でご希望の方は、診察の際に医師にご相談ください。

《お子様へ》

- * 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+ コースおよび子供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パウチャーをさしあげます。
 - ① 日本人会館内レストン、ラウンジでのお食事
 - ② 日本人会館内クラブショップでのお買い物
 - ③ 日本人会クリニック内 ビタミン剤、湿布などの商品類
- * 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）ただし、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。