総合健康診断受診申込書 APPLICATION FORM

申込日 Date 年 月 日 No.

香港健康管理センター

[健診時間] 月･土

AM 9:15～12:00(最終受付)

OFFICE USE ONLY					
		会社名(英文) Company Name			
		住所 (英文) Address			
		担当者名 Person in Charge			
		TEL		FAX	
		E-MAIL			

特記事項 Special Request

*脳ＭＲＩ･胸部ＣＴ･高精度心臓CTにつきましてはお問い合わせください。

	会社担当者宛て	会社個人宛て
受診キット送付先	□	□
個人結果送付先	□	□
請求書送付先	□	□
結果一覧表	要□	不要□

OFFICE USE ONLY		ローマ字 名 前 TEL 携帯:（必須） Mobile-phone Number TEL 会社又は自宅: Office/Home Number 日程確認、健診結果等についてのご連絡をさせていただくことがございますので、ご連絡先電話番号を必ずご記入ください	生年月日 Date of Birth	性別	続柄	健康診断	A 胸部X線検査	B2 胃部内視鏡検査	大腸 大腸内視鏡検査	胃大 胃・大腸内視鏡検査	B3 ABC（胃がんリスク）健診	D1 腫瘍マーカー検査(血液検査) 肝臓・消化器系	D2 卵巣・子宮・乳房	D3 高感度前立腺	D4 肺・扁平上皮等	D5 肺腫瘍マーカー	D6 大腸腫瘍マーカー	D7 腫瘍マーカー総合男性	D8 腫瘍マーカー総合女性	E1 肝炎検査 B型肝炎精密	E2 C型肝炎	E3 A型肝炎	F 疹検査	G 眼底検査	H1 婦人科検診	H1α 婦人科検診+HPV	H2 婦人科細菌検査	H3-1 マンモグラフィ2D	H3-2 マンモグラフィ3D	I1 超音波検査 上腹部超音波	I2 下腹部超音波	I3 乳房超音波	I4 甲状腺超音波	I5 頸動脈超音波	J 肺機能検査	K 骨塩定量検査	L 甲状腺機能検査	M1 H・ピロリ	M2 ペプシノーゲン	N 血液型	O 動脈硬化・脂質異常	P 心機能検査・採血	Q 超悪玉コレステロール	R ストレス度チェック	S アレルギー39項目	ポ メタボ健診	※ 歯科検診	※ 歯科検診&クリーニング	希望受診日時間 Requested Check-up Date
この欄には記入しないでください	例	KENKO TARO 健康太郎 携帯 ：（必須） 0000-0000 HKID: （必須）	1972 年 12 月 31 日 36 歳	男・女	本人 配偶者 子供	成人 子供	○	○				Sample		○							○	○		○	○				○																				12 月 21 日
	1	携帯 : HKID:	年 月 日 歳	男・女	本人 配偶者 子供	成人 子供																																									月 日
	2	携帯 : HKID:	年 月 日 歳	男・女	本人 配偶者 子供	成人 子供																																										月 日
	3	携帯 : HKID:	年 月 日 歳	男・女	本人 配偶者 子供	成人 子供																																										月 日
	4	携帯 : HKID:	年 月 日 歳	男・女	本人 配偶者 子供	成人 子供																																										月 日

*健康診断結果報告は日本語又は英語にて電子メールで報告させていただきます。事前にご指定が無かった場合は日本語にて報告させていただきます。

*ご予約のキャンセルに関しまして：前日の正午までにご連絡いただけなかった際にはキャンセル料としてHKD500-ご請求させていただきます。

HONG KONG KENKO KANRI CENTER CO., LTD.
Office 613, 6F Bank of America Tower No,12 Harcourt Road Hong Kong
TEL: 2881-6606 FAX: 2577-2601 Email: kenko@hkkkc.com URL: http://www.hkkkc.com