

特殊健康診断 申込書

健診申込日: 令和 年 月 日

◎**健診実施日14日前まで**にFAXにてお申込みください。

◎一般健診をご受診される場合も下記項目ご記入の上お申込みください。

◎特殊健診をご受診される方は法令用紙を必ずご持参ください。

事業所名

住所 〒

東京蒲田医療センター健康管理センター宛
TEL: 03-5744-3268(平日8:30~15:00)
FAX: 03-3736-8359

電話番号: 担当者名

健診費用のお支払方法 個別窓口支払 会社一括請求

健康保険組合名	保険者番号
---------	-------

保険証		カナ	性別	生年月日	有機溶剤	特定化学物質	溶接ヒューム	マンガン化合物	鉛	塵肺	電離放射線
記号	番号	氏名									
			男・女	S 年 月 日 H							

●有機溶剤(代謝物)を下記より選択し○をつけてください。

有機溶剤名	
<input type="checkbox"/>	キシレン
<input type="checkbox"/>	トルエン
<input type="checkbox"/>	ノルマルヘキサン
<input type="checkbox"/>	1.1.1-トリクロロエタン
<input type="checkbox"/>	N・N-ジメチルホルムアミド
<input type="checkbox"/>	アセトン
<input type="checkbox"/>	イソブチルアルコール
<input type="checkbox"/>	イソプロピルアルコール
<input type="checkbox"/>	エチルエーテル
<input type="checkbox"/>	酢酸エチル
<input type="checkbox"/>	酢酸イソブチル
<input type="checkbox"/>	酢酸メチル
<input type="checkbox"/>	シクロヘキサン
<input type="checkbox"/>	メタノール
<input type="checkbox"/>	メチルイソブチルケトン

上記項目にない場合

予約希望日	予約希望時間
① 月 日	9:30 ・ 12:45
② 月 日	9:30 ・ 12:45
③ 月 日	9:30 ・ 12:45

◆特定化学物質を下記より選択し○をつけてください。

特定化学物質	
<input type="checkbox"/>	スチレン
<input type="checkbox"/>	エチルベンゼン
<input type="checkbox"/>	カドミウムまたはその化合物
<input type="checkbox"/>	塩素
<input type="checkbox"/>	クロロホルム
<input type="checkbox"/>	ジクロロメタン
<input type="checkbox"/>	砒素またはその化合物
<input type="checkbox"/>	弗化水素

上記項目にない場合

問診票の送り先が上記事業所住所と別のご住所(ご自宅等)になる場合は下記にもご記入ください。

問診表・結果ともに下記住所送付

問診表のみ下記住所送付

健診結果のみ下記住所送付

〒
住所

電話番号: