

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。

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: 03-3736-8358

事業所名

住所 〒

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	
キシレン	
トルエン	
ノルマルヘキサン	
1,1,1-トリクロロエタン	
N・N-ジメチルホルムアミド	
アセトン	
イソブチルアルコール	
イソプロピルアルコール	
エチルエーテル	
酢酸エチル	
酢酸イソブチル	
酢酸メチル	
シクロヘキサン	
メタノール	
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	
スチレン	
エチルベンゼン	
カドミウムまたはその化合物	
塩素	
クロロホルム	
ジクロロメタン	
砒素またはその化合物	
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: