

Japan Expat Clinic

JEC健康診断申し込み用紙

Aanvraagformulier JEC Health Check

* 申込者様につき一部ずつご記入ください。 Per aanvraagpersoon een apart aanvraagformulier invullen.

個人登録事項 / Persoonsgegevens

姓 / 名 : / (男 Man / 女 Vrouw)

Achternaam / Voornaam

住所・郵便番号・市 :

Adres, postcode, plaats

電話番号 :

Telefoonnummer

Eメールアドレス :

Emailadres

生年月日 :年 jaar.....月 maand.....日 dag

Geboortedatum

BSN nummer :

保険会社/番号 :

Verzekering bedrijf / Nummer

ホームドクター : いいえ Nee

Huisarts

お支払方法 Betalingswijze

当てはまる方にX印をお付け下さい。:

Gelieve aan te kruisen wat voor u van toepassing is:

- 企業が負担するので、請求書を下記の企業所在地へ送付願います。
Gelieve de factuur naar het hieronder genoemde bedrijf te sturen
- 個人負担なので、健康診断当日その場でPINカード(又は、事前振込み)で
支払います。 Ik betaal ter plaatse zelf met PIN.

* 企業が健診費用を負担される場合には、以下もご記入ください。

Onderstaande gegevens alleen invullen indien de factuur van de Health Check naar het bedrijf moet worden gestuurd.

企業名 (日本語) :

Volledige bedrijfsnaam

(アルファベット) :

所在地 :

Adres

郵便番号 / 市 :

Postcode en plaats

担当者名 :

Contactpersoon

電話番号 : ファックス番号:

Telefoonnummer

Faxnummer

Eメールアドレス :

Emailadres

健診申し込み者の職務:

Functie van aanvrager

JEC ジャパンクリニックでの健康診断は今回が初めてですか?

Is dit uw eerste keuring bij Japan Expat Clinic? はい Ja いいえ Nee

今回の健診で、病院オプション検査のご希望はありますか? はい いいえ Nee

次ページの健診希望者名簿に、健診を希望される方全員の氏名、生年月日、希望コース、健診希望日又はご都合の悪い日時(木曜日午後または金曜日)をご記入ください。 Onderstaande gegevens invullen voor u en uw familie.

Japan Expat Clinic

健康診断希望者名簿

ふりがな 氏名 Naam	性別 Geslacht	生年月日 Geboorte datum	年齢 Leeftijd	希望コース aanvraag pakketten
BSN:	男M 女F	年jaar/ 月M 日D		
BSN:	男M 女F	年jaar/ 月M 日D		
BSN:	男M 女F	年jaar/ 月M 日D		
BSN:	男M 女F	年jaar/ 月M 日D		
健診希望日時： Gewenste datum;			ご都合の悪い日時： Niet beschikbaar datum:	

基本コース Basis pakket	料金 Tarief	O7	甲状腺機能 Schildklier functie	€65
VA 成人Aコース Volwassene pakket A	€495	O8	聴力検査(限界聴力) Uitgebreid gehoor test (500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz)	€65
VB 成人Bコース Volwassene pakket B	€650	O9	胃ABC検診(血清ペプシノゲン/ Hピロリ抗体) Maag onderzoek (Pepsinogen & H.pylori)	€155
KA 小児Aコース(2~5歳) Kinderpakket A (2 - 5 jaar)	€85			
KB 小児Bコース(6~12歳) Kinderpakket B (6 - 12 jaar)	€165			
KC 小児Cコース(13~18歳) Kinderpakket C (13 - 18 jaar)	€225	病院オプション検査 ZH Optionele pakket		料金 Tarief
オプション検査 Optionele pakket		H1	胸部X線 (Amstelland病院) X-thorax	€125
O1 女性腫瘍マーカー: CA125 Tumormarker vrouw	€55	H2	胃内視鏡検査(Amstelland病院) Gastroscopie	€490
O2 男性腫瘍マーカー: PSA Tumormarker man	€55	H3	腹部エコー検査 (Amstelland病院) Echo Abdomen	€200
O3 感染症セット Infectiepakket	€65	H4	マンモグラフィー(Amstelland病院) Mammografie	€250
O4 膠原病・関節リウマチ Reuma / collagen ziekte	€55	H5	骨密度測定 (Amstelland病院) Meting botdichtheid	€170
O5 子宮頸がん検査(細陰診) Uitstrijkje	€155	H6	眼科健診(Eyescan眼科クリニック) Optalmoloog keuring	検査料金 +€50
O6 更年期コース Pakket Vrouwen in de overgang	€105			

この申し込み書にご記入の上、添付書類としてメールでご返信ください。ご不明点がございましたら、メールまたは電話(Tel: 06 3747 2097)でお問い合わせください。

Gelieve deze gegevens ingevuld via e-mail terug te sturen. Indien u nog vragen heeft kunt u bellen of E-mailen . Tel. 06 3747 2097

Japan Expat Clinic

*病院検査をお申込みの方のみご記入ください。

病院検査予約依頼書・オプション検査問診票

お名前		※当院使用欄
生年月日		
電話番号		
メールアドレス		
Amstelland病院での患者登録	<input type="checkbox"/> 登録済み <input type="checkbox"/> 未登録	
希望日時 候補日を複数ご記載ください。		<input type="checkbox"/> 午前のみ <input type="checkbox"/> 午後のみ
都合の悪い日		

オプション検査 問診票 ※下記検査を希望される場合、必ずご記入ください

<input type="checkbox"/>	H1 胸部X線 (Amstelland病院) X-thorax
	事前予約はできません。直接病院の検査室へお越しください。 <input type="checkbox"/> 症状なし(スクリーニング) <input type="checkbox"/> 喫煙歴あり(いつから いつまで) <input type="checkbox"/> 今現在も喫煙あり(本/1日×年) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 運動時呼吸困難 <input type="checkbox"/> その他呼吸器症状() 症状はいつからありますか? :
<input type="checkbox"/>	H2 胃内視鏡検査 (Amstelland病院) Gastroscopie
	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> スクリーニング検査希望 <input type="checkbox"/> 胸焼け <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 前回胃カメラに所見あり(年): 症状はいつからありますか? :
<input type="checkbox"/>	H3 腹部エコー検査 (Amstelland病院) Echo abdomen
	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 腹痛(部位:) <input type="checkbox"/> 肝機能異常 <input type="checkbox"/> 胆嚢ポリープ(年) 大きさ__mm <input type="checkbox"/> 腎機能異常 <input type="checkbox"/> その他検査所見/症状: 症状はいつからありますか? :
<input type="checkbox"/>	H4 マンモグラフィー/乳房エコー (Amstelland病院) Mammografie /Echo mamma
	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 家族歴なし <input type="checkbox"/> 家族歴あり(母・祖母・姉妹・叔母) <input type="checkbox"/> 現在授乳中 <input type="checkbox"/> 乳房のしこり(右・左) <input type="checkbox"/> 前回検査所見あり(年):
<input type="checkbox"/>	H5 骨密度測定 (Amstelland病院) Meting botdichtheid
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症スクリーニング希望 <input type="checkbox"/> 骨折の既往(年) 部位: <input type="checkbox"/> 身長減少(cm)

※裏面もご記入ください。

Japan Expat Clinic

<input type="checkbox"/>	H6	眼科健診 (Eyscan眼科クリニック)	Optalmoloog keuring
	<input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> ドライアイ <input type="checkbox"/> 目の充血 <input type="checkbox"/> 眼痛 <input type="checkbox"/> 糖尿病既往 <input type="checkbox"/> 高血圧既往 <input type="checkbox"/> 飛蚊症 <input type="checkbox"/> 緑内障の疑い <input type="checkbox"/> 眼圧亢進の指摘 <input type="checkbox"/> その他症状・所見：		
<input type="checkbox"/>	H7	その他 () ※	
	症状：		

※その他検査をご希望の場合、可否を確認の上ご連絡いたします。

内服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	内服薬名： (回/)
既往歴・過敏症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 <input type="checkbox"/> その他：
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	妊娠の可能性のある場合、H1, H3, H4は受診できません。H4は授乳終了後6ヶ月から受診可能になります。