

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)

Naam 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:

(数字9桁/9digit No)

Verzekering bedrijf / Nummer

ホームドクター : 登録済み ja ドクター名 naam : (.....) 未登録 geen

Huisarts

勤務先名/職業 :

Volledige bedrijfsnaam

お支払方法 / Betalingswijze

当てはまる所に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
- Prestige International Health Care Program キャッシュレス決済利用
Gebruik contactloos betalen van Prestige International Health Care Program
- 個人負担なので、健康診断当日その場でPINカード(又は現金)で
支払います。 Ik betaal ter plaatse zelf met PIN / contant

※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) :

住所・郵便番号・市 :

Adres, postcode, plaats

担当者名 : 電話番号 :

Contactpersoon

Telefoonnummer

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נק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 Ja いいえ Nee

Wilt u een optionele ziekenhuistest ondergaan?

2024.4改訂

*裏面もご記入ください

Japan Expat Clinic

< 健康診断希望者 名簿 >

*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をご記入ください。健診は木曜日または金曜日の午前中で受診可能です。

Onderstaande gegevens invullen voor u en uw familie. Vul hier de gewenste datum/tijd in voor uw medisch onderzoek. Gezondheidscontroles zijn beschikbaar op donderdag of vrijdagochtend.

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		
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	O6	更年期コース Pakket Vrouwen in de overgang	€105	
VA 成人 Aコース Volwassene pakket A	€495	O7	甲状腺機能 Schilddklier functie	€65	
VB 成人 Bコース Volwassene pakket B	€650	O8	聴力検査(限界聴力) Uitgebreid gehoor test (500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz)	€65	
KA 小児 Aコース (2~5歳) Kinderpakket A (2 - 5 jaar)	€85	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	
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		料金 Tarief	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) Gastroscoopie	€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 子宮頸ガン検査(細胞診) Uitstrijkje	€155	H6	眼科健診 (Eyescan眼科クリニック) Optalmoloog keuring	検査料金 +€50	

ご記入後、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(info@japanclinic.nl)または電話(Tel: 06 3747 2097)でお問い合わせください。

Geelieve 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

*ここからは病院オプション検査をお申込みの方のみご記入ください。

Vul deze pagina alleen in als u een optionele ziekenhuistest aanvraagt.

<病院検査予約依頼書> Aanvraagformulier voor optionele test

お名前/naam				※当院使用欄 schrijf hier niets 所見あり ZD (胃内視鏡 / 眼科)
生年月日 / DoB	日 dag	月 maand	年 jaar	
電話番号 / phone	()	-		
メールアドレス email address				
Amstelland病院での患者登録 Patiëntenregistratie bij ZH A'land	<input type="checkbox"/> 登録済み / Geregistreerd <input type="checkbox"/> 未登録 / Niet geregistreerd			
希望日時 / Gewenste datum, tijd 候補日を複数ご記入ください Voer meerdere kandidaatdata in			<input type="checkbox"/> 午前のみ Alleen ochtend <input type="checkbox"/> 午後のみ Alleen middag	
都合の悪い日 onbeschikbare dagen				

<病院検査予約依頼書>

※ご希望の検査と当てはまる症状の□に×を入れてください。

Optionele testvragenlijst * Zet een × naast de symptomen die overeenkomen met de door u gewenste test

<Amstelland病院> Ziekenhuis Amstelland

<input type="checkbox"/>	H1	胸部X線	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。 Reserveren is niet mogelijk. Kom a.u.b rechtstreeks naar de onderzoekskamer van het ziekenhuis.		
	<input type="checkbox"/> 症状なし(スクリーニング希望) <input type="checkbox"/> 禁煙した (いつ? 喫煙していた時は 本/1日× 年) Geen symptomen (screening) Gestopt met roken (wanneer? Toen ik rookte, rookte ik; hoeveel / dag x jaar) <input type="checkbox"/> 今現在も喫煙あり (たばこ or 電子?) (本/1日× 年) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 運動時呼吸困難 Momenteel aan het roken (hoeveel / dag x jaar) Hoesten Sputum Moeite met ademen tijdens inspanning <input type="checkbox"/> その他呼吸器症状 () 症状はいつから? (前から) andere luchtwegklachten sinds wanneer heeft u :		
<input type="checkbox"/>	H2	胃内視鏡検査	Gastroscopie
	<input type="checkbox"/> 症状なし(スクリーニング希望) <input type="checkbox"/> 胸焼け <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 吐気・嘔吐 Geen symptomen (screening) Brandend maagzuur Maagpijn Misselijkheid/braken <input type="checkbox"/> 前回胃カメラに所見あり (いつ? 年) 所見内容 _____ Laatste gastrocamerabevindingen (jaar) : <input type="checkbox"/> その他症状 _____ いつから? (前から) andere luchtwegklachten sinds wanneer heeft u :		
	<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 Geen symptomen Buikpijn (locatie:) Abnormale leverfunctie Galblaaspoliep (jaar) Grootte <input type="checkbox"/> 腎機能異常 <input type="checkbox"/> その他検査所見/症状: _____ いつから? (前から) Abnormale nierfunctie Overige testbevindingen/symptomen: Wanneer zijn de symptomen begonnen? :		
<input type="checkbox"/>	H3	腹部エコー検査	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 Geen symptomen Buikpijn (locatie:) Abnormale leverfunctie Galblaaspoliep (jaar) Grootte <input type="checkbox"/> 腎機能異常 <input type="checkbox"/> その他検査所見/症状: _____ いつから? (前から) Abnormale nierfunctie Overige testbevindingen/symptomen: Wanneer zijn de symptomen begonnen? :		

2024.4改訂

※裏面もご記入ください

Japan Expat Clinic

<input type="checkbox"/>	H4 マンモグラフィー／乳房エコー 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 Geen symptom Geen familiegeschiedenis Familiegeschiedenis (moeder, g'moeder, zus, tante) Momenteel Borstvoeding <input type="checkbox"/> 乳房のしこり (右・左) <input type="checkbox"/> 前回検査所見あり () 年 : Borstknobbel (rechts・links) Eerdere onderzoeksbevindingen (jaar) <input type="checkbox"/> その他症状 : (右・左) _____ いつから? () 前から) andere luchtwegklachten (rechts・links) sinds wanneer heeft u :
<input type="checkbox"/>	H5 骨密度測定 Meting botdichtheid
	<input type="checkbox"/> 症状なし (スクリーニング希望) <input type="checkbox"/> 身長減少 () cm Geen symptomen (screening) afname in hoogte <input type="checkbox"/> 骨折の既往 () 部位 : Geschiedenis van breuk (jaar) waar:

<Eyescan (OPIS) 眼科>

<input type="checkbox"/>	H6 眼科健診 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 Geen symptomen, Verminderd gezichtsvermogen, droge ogen, bloeddoorlopen ogen, oogpijn, <input type="checkbox"/> 糖尿病既往 <input type="checkbox"/> 高血圧既往 voorgeschiedenis van diabetes, voorgeschiedenis van hypertensie <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 Floaters, Vermoedelijk glaucoom, Indicatie van verhoogde intraoculaire druk <input type="checkbox"/> その他症状・所見 : _____ (いつから?) 前から) Overige symptomen/bevindingen: sinds wanneer heeft u :
<input type="checkbox"/>	H7 その他 anderen () ※
	症状 symptomen:

※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。
 Als u andere inspecties wilt ondergaan, nemen wij contact met u op om de beschikbaarheid te bevestigen.

※現在服用されているお薬や、既往歴などがある場合は下記にご記入ください。
 Noteer de medicijnen die u momenteel gebruikt en eventuele medische geschiedenis die u heeft.

内服薬の有無 Aanwezigheid van orale medicatie	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Nee Ja	内服薬名 : 薬名 /用量 (回数 (例: 3回) / 1日) (/) (/)
既往歴・過敏症 Medische voorgeschiedenis / gevoeligheid	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Nee Ja	<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 Hoge bloeddruk Diabetes Astma Geneesmiddelenallergie <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 <input type="checkbox"/> その他: Schildklierfunctieafwijking Overig:
妊娠の可能性 mogelijkheid van zwangerschap	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Nee Ja	妊娠の可能性のある場合、 H1,H3,H4 は受診できません。 Als er een mogelijkheid van zwangerschap bestaat, kunnen H1, H3 en H4 niet worden onderzocht H4は授乳終了後6ヶ月から受診可能になります。 H4 is zichtbaar vanaf 6 maanden na het einde van de borstvoeding

ご記入後、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 (info@japanclinic.nl) 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