

## 健康診断受診申込書 Application for Health Examination

この申込書を事前に、FAX、E-mail または郵便にてご返送ください。

受診日 Date of Exam	第1希望 First Choice ( 年 月 日)	午前 AM	標準検査					特別検査									
	第2希望 Second Choice ( 年 月 日)		午後 PM	M	A	B	G	C	1a	1b	2	3	4	5a	5b	6	7
	追加検査や予防注射等のご希望をお書き下さい。																
氏名 Name	ローマ字 Romaji	(Mr) (Mrs) (Ms)		男 M  女 F	生年月日 Date of Birth			西暦			年	月	日				
	漢字 Japanese				NRIC/FIN (お持ちでない場合はパスポート番号)			YY	MM	DD	( 才)						
配偶者又は保護者名 Spouse's or Father's Name					シンガポール 日本人会会員番号 Membership No.												
日本側企業名 Name of Co. in Japan					何番目のお子様か○で囲んで下さい。(お子様の場合) Birth Order 1      2      3      4      5												
現地事業所名 Name of Co. in S'pore																	
事業所所在地 Present Co. Address												TEL:					
現住所 Home Address												FAX:					
メディカルレポート 送り先 Medical Report to be sent to:		<input type="checkbox"/> 現地事業所 <input type="checkbox"/> Company (Attn: ) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> Home その他の送付先;															
健康診断を含め、当院で受診した事がありますか? Have you been here for medical check-up or outpatient treatment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					支払い方法 Form of Payment ① 現金 Cash ② 小切手 Cheque ③ ネット NETS ④ クレジットカード credit card ⑤ 会社払い Invoice (シンガポール国内のみ) ⑥ 保険 Insurance												
当院へ提供された個人情報は患者様に医療サービスを提供するためのものであり、利用目的以外に使用されることはありませんが、必要がある場合、他検査機関等と情報を共有する場合はございます。予めご了承下さい。 With your agreement, all the information provided are for the purpose of providing medical services and we may share the information with other medical institution (or insurance company) if necessary.																	

シンガポール日本人会クリニック

The Japanese Association Clinic, Singapore 120 Adam Road Singapore 289899

Tel: [64696488](tel:64696488), 64670070 (日本語ライン) Fax: 64671298 E-mail: [clinic@jas.org.sg](mailto:clinic@jas.org.sg)

## 健康診断をお受けになる前に

《当日ご持参いただくもの》

- ① 健康質問書
- ② 検便（該当者のみ）

初めてご来院される方は、身分証明書(NRIC/FIN 番号の分かるもの、シンガポール国外に在住の方はパスポート)をご持参下さい。

《食事制限》 大人コース、子供Cコースを受診される方は、食事制限が必要です。

- \* 午前からの健康診断の場合

前日の夕食は11時頃までに済ませていただき、それ以降は禁食となります。 水やお茶は午前7時頃まで飲んで構いませんが、それ以後はお控えください。
--

- \* 午後からの健康診断の場合

当日の朝食は7時頃までに軽めに済ませていただき、それ以降は禁食となります。 水やお茶は午前10時頃までは飲んで構いませんが、それ以後はお控え下さい。
---

### 《注意事項》

- \* 検便容器は事前に日本人会クリニックもしくは日本人会フロントデスクにてお受け取りをお願いいたします。必ず NRIC/FIN 番号とローマ字でお名前をご記入下さい。当日提出できなかった検便は、健診日より2週間以内にご持参下さい。期限を過ぎた場合には、検査をキャンセルとさせていただきます。
- \* 特別検査1（眼底/眼圧検査）は裸眼での検査となりますので、コンタクトレンズをお使いいただいている方は外していただく必要がございます。容器をご持参ください。
- \* 特別検査7（喀痰検査）は、予め殺菌された容器が必要になります。事前に日本人会クリニックもしくは日本人会フロントデスクにてお受け取りをお願いいたします。検査当日、朝一番の痰採取をお勧めします。
- \* 特別検査1～15項目以外の検査や予防注射をご希望の方は、事前にお知らせ下さい。
- \* 胃内視鏡検査の際にピロリ菌検査、組織検査、ポリープ切除など（施行医師の判断による）を行った場合、追加料金となります。詳細は、医師との診察の際にご相談下さい。
- \* お薬を服用していられる方は事前にお申し出下さい。

### 《女性の方へ》

- \* 妊娠中または妊娠している可能性のある方は、レントゲン検査、子宮頸がん検査、HPV検査はできませんので、予めお申し出下さい。
- \* 生理中は、子宮頸がん検査、HPV検査、検尿、検便はお勧めできませんので、ご受診日が生理日と重なる場合には該当検査は延期して、後日改めて検査にお越し下さい。
- \* 特別検査11b（マンモグラム）は、原則的には40歳以上にお勧めしています。40歳未満の方でご希望の場合には、診察の際に医師にご相談ください。

### 《お子様へ》

- \* おむつをご使用中の小さなお子様には、採尿用のパックがございますので、事前にご連絡下さい。

### 《特典》

- \* 健診後、日本人会会館内でご利用いただけるバウチャーを差し上げます。（Mコース・Dコース除く）①茜、どんぐりレストラン、ラウンジでのお食事、②クラブショップでのお買い物、③日本人会クリニック内 ビタミン剤、湿布などの商品類のいずれか。
- \* 自動車でお越しの方は、日本人会館 地下駐車場をご利用下さい（会員のみ無料）ただし、胃内視鏡検査の際に、静脈麻酔をされた方は、お帰りの車の運転はお控え下さいますようお願い申し上げます。