

2026 年夏期在蘭日本人健康診断登録用紙

「実施要項」にて詳細をご確認ください

受診者一覧

No.	漢字氏名	フリガナ (カタカナ)	ローマ字 (姓)	ローマ字 (名)	性別	生年月日 (西暦)	続柄
1					男・女	年 月 日	本人
2					男・女	年 月 日	
3					男・女	年 月 日	
4					男・女	年 月 日	
5					男・女	年 月 日	

受診項目および費用 *受診者一覧No.1~5 の各受診者について申し込む検査に丸, 追加検査・学齢者健診の単独申込不可

No.	一般健診	胸部 X 線	大腸がん検診	胃がんリスク	子宮頸がん	前立腺がん	乳がん検診	腹部超音波	肝炎検査	甲状腺機能	その他の検査	学齢者健診	乳幼児診察
	€850(800)	€150	€200	€100	€200	€100	€300	€300	€150	€150		€400	€0
1													
2													
3													
4													
5													
受診費用合計		入金予定日		請求書宛名 (丸で囲む: 企業名・個人名):				その他の検査内容 (問い合わせの上記入):					
€		請求書受信日より 日以内											

- 2027 年 3 月 31 日時点で 16 歳以上の方は一般健診, 6~15 歳の方は学齢者健診をお申し込みください。
- 同じ事業所・家族から成人健診 2 名以上の申し込みで, 一括申込の条件 (全員分一括請求・一括支払い, 窓口一つ) を満たす場合, 二人目より割引価格 (€800) が適用されます。
- 胸部 X 線撮影・乳がん検診・腹部超音波検査は健診期間中の土曜アムステルラント病院で実施し, 別の日に主会場で一般健診を受けることになります。お申し込みの方は放射線科検査申込用紙を併せて提出してください。
- 大腸がん検診は 2 回法便潜血検査です。胃がんリスク検診 (血中ペプシノゲン判定), 前立腺がん検診 (血中 PSA), 肝炎検査 (B 型 HBs 抗原, C 型 HCV 抗体), 甲状腺機能検査 (FT4・TSH) は血液検査に含まれます。子宮頸がん検診は子宮頸部細胞診, 乳がん検診はマンモグラフィです。
- 胸部 X 線撮影・子宮頸がん検診・乳がん検診は受診時に妊娠中または妊娠の疑いがある場合検査不可, 加えて, 子宮頸がん検診は出産後 3 ヶ月以内, 乳がん検診は授乳中・中止後 3 ヶ月以内, 過去 6 ヶ月以内に受けている場合, 検査不可です。可能性のある方は申し込まないでください。
- 学齢者健診と乳幼児内科診察は保護者同伴で健診期間中の日曜主会場で実施します。一般健診の時間帯には受診できません。

希望予約日・時間帯 *受診者一覧No.1~5 の各受診者について右表の受付時間帯から必ず第 1~5 希望まで選びコードを記入

No.	第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望	第 4 希望	第 5 希望	2026 年 7 月							
						1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	
						水	木	金	土	日	月	火	
						健診区分他	一般	一般	一般	放射線科検査	学齢者乳幼児	一般	一般
1						8:15~8:45	A1	A4	A7	*	A12	A15	
2						9:15~9:45	A2	A5	A8		S10	A13	A16
3						10:15~11:15	A3	A6	A9		S11	A14	A17
4													
5													

* 胸部 X 線撮影・乳がん検診・腹部超音波検査をアムステルラント病院で 8:30~16:45 実施

予約に関するご希望記入欄:

注意: 予約日時は入金 (または振込証明) 確認順に第 1~5 希望の時間帯で決定します。一般健診は主会場で平日午前のみとなり, 土日の受診はできません。所要時間の目安は 1~3 時間で, 終了時間のお約束はできません。予約変更は原則不可ですが, 調整困難な業務上の理由の場合, 同じ期間中の変更に無償で対応します。それ以外では手数料が発生します。健康診断・検査のキャンセルによる返金は一切ありません。

記入者名: _____ 記入年月日: 2026 年 _____ 月 _____ 日

企業名: _____ 連絡先 tel: _____

企業所在地*: _____
*所属先住所での送付物受け取りが困難な場合, 企業所在地とともに「郵送先」として自宅住所も記入。

e-mail: _____ @ _____ fax: _____