

# 健康診断書作成申込書兼同意書(入院中)

太枠部分をご記入ください。

(ID )	令和 年 月 日申込み
ふりがな 入院患者 氏名	
生年月日	( T ・ S ・ H ・ R ) 年 月 日
申込者 氏名	続柄 <small>(患者氏名と申込者が異なる場合、記入してください。)</small>
備考	

項目	検査内容	金額(税込)
A	介護施設等入所用健康診断書 (三浦横須賀共通様式)に準ずる検査一式	20,000 円
B	介護施設等入所用健康診断書 感染症検査(B) 【HCV、HBV、梅毒検査、MRSA検査】	13,000 円
	I (診療)血算・生化学検査	
	II (健診)血算・生化学検査	
C	介護施設等入所用健康診断書 感染症検査(C)【MRSA検査のみ】	9,000 円

問い合わせ:三浦市立病院 ☎ 046-882-2111

以下 病院記入欄

- ・ 費用連絡 【 】
- ・ オータ依頼 【 】
- ・ 作成依頼 【 】