

**TO: ジャパングリーンクリニック本院 JAPAN GREEN CLINIC (MAIN CLINIC)**

Fax: 6733 1213 (シンガポール外からは先頭に Country Code 「65」を付けてください。)

e-mail: reception@japan-green.com.sg

**健康診断申込書 Application Form for Medical Check-up**

受診希望日 Date of Medical Check-up (第1希望) (1st RQ) 月(M) 日(D) <input type="checkbox"/> 午前(am) ・ <input type="checkbox"/> 午後(pm) (第2希望) (2nd RQ) 月(M) 日(D) <input type="checkbox"/> 午前(am) ・ <input type="checkbox"/> 午後(pm) (第3希望) (3rd RQ) 月(M) 日(D) <input type="checkbox"/> 午前(am) ・ <input type="checkbox"/> 午後(pm)			
成人 Adult	受診者名 (ローマ字) Full Name <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> MISS	生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age: 年 月 日 (年齢: 歳)	
	コース Course <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
	オプション Option <input type="checkbox"/> 婦人科検診 (Gyne Check-up) <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 Colonoscopy (*) <input type="checkbox"/> 乳腺検診 (Breast Check-up) <input type="checkbox"/> その他 Others (以下余白にご記入ください Please specify below) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 (Gastroscopy)		
	受診者名 (ローマ字) Full Name <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> MISS	生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age: 年 月 日 (年齢: 歳)	
	コース Course <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
	オプション Option <input type="checkbox"/> 婦人科検診 (Gyne Check-up) <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 Colonoscopy (*) <input type="checkbox"/> 乳腺検診 (Breast Check-up) <input type="checkbox"/> その他 Others (以下余白にご記入ください Please specify below) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 (Gastroscopy)		
【午前の健康診断をお受けになる方で婦人科検診及び乳腺検診も希望される方】(If request both gynecology check-up & breast check-up) 乳腺検診の希望日(前日以前) Date of breast check-up (previous day or before): 月(M) 日(D) <input type="checkbox"/> 午前(am) ・ <input type="checkbox"/> 午後(pm)			
お子様は以下にご記入ください。 For children, please enter below.			
お子様 Child	受診者名 (ローマ字) Full Name <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MISS	生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age: 年 月 日 (年齢: 歳)	
	コース Course <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> G	オプション Option	
	受診者名 (ローマ字) Full Name <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MISS	生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age: 年 月 日 (年齢: 歳)	
	コース Course <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> G	オプション Option	
	受診者名 (ローマ字) Full Name <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MISS	生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age: 年 月 日 (年齢: 歳)	
	コース Course <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> G	オプション Option	
	受診者名 (ローマ字) Full Name <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MISS	生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age: 年 月 日 (年齢: 歳)	
特記事項(日本語): 妊娠中の方、授乳中の方、薬服用中の方、大腸内視鏡検査のご希望日、等はこちらに記入してください。 Remarks (if any): (eg. pregnant, breast-feeding, under medication, date of colonoscopy)			
連絡先 Contact	申込者氏名 (ローマ字) Name of Contact Person		ご住所 Address
	勤務先 (現地法人) Name of Company		電話番号 Telephone ファックスまたは eメール Fax or e-mail ( <input type="checkbox"/> Company <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile)

【個人情報に関して】健康診断のご利用に当たりご提供頂く個人情報は、診療業務、会計・健康診断レポート業務等の関連事務、再検査・精密検査・定期受診等のご連絡、及び必要に応じ関係医療機関との連携(専門医療機関、外注検査等)、検査精度管理、安全管理、法令により関係機関に提供を要求された場合等に使用させていただきます。

【Personal Data Protection】 We will use your personal data provided to us to carry out medical services and related administrative affairs including accounting and issuing of medical reports, correspondence on further examinations or follow-ups as well as for other necessary activities including coordination with relevant medical service providers such as specialists and laboratories, quality assurance, safety activities and required liaison with official agencies and authorities.