

# オーストラリア渡航健診登録申請用紙 ( F A X 送信用 )

FAX : 06-6393-8342

※ F A X をお持ちでない方は、2 ページ目をご覧ください。

**【注意】** この申請用紙はお電話にてご予約された方が使用するものです。

健診受診日 ※お電話にてご予約された日時をご記入ください							
平成	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分
お名前 ※外国籍の方はアルファベットで フリガナ		男 ・ 女	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)				
姓	名						
住所 ( 〒 ー )							
電話番号				携帯電話番号			
出発予定日 月 日				当院での受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
ビザの種類 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> ワーキングホリデイ <input type="checkbox"/> ビジネス <input type="checkbox"/> 永住 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
渡航健診用 I D ※発行されている方のみ受診できます							
<input type="checkbox"/> HAP:		<input type="checkbox"/> TRN:		<input type="checkbox"/> HRI:			
必要な検査に☑をいれてください							
<input type="checkbox"/> 501 Medical Examination		<input type="checkbox"/> 502 Chest X-ray Examination		<input type="checkbox"/> 707 HIV test			
<input type="checkbox"/> 708 Hepatitis B test		<input type="checkbox"/> 716 Hepatitis C test					
<input type="checkbox"/> その他 ( )							

## 送信に際しての注意事項

- ・ 申請用紙のみ送信してください。( F A X は 2 4 時間受付けております。 )
- ・ ご予約完了後、お早めに送信してください。申請書確認後、ご予約確定となります。
- ・ ご記入は、全項目必須となります。
- ・ ご予約がお済みでない方は、まずお電話にてお問合わせください。ご予約がお済みでない方の申請用紙が届きましても、こちらからご連絡・回答等は一切致しておりません。
- ・ **持ち物・注意事項**のページがございますので、必ずお読みください。

## FAXをお持ちでない方へ

**【注意】 Eメールを送信する前に、必ずお電話にて健診日を予約してください。**

当院をご受診される際に、お名前等の登録が必要になりますので、  
下記項目すべてを明記の上、Eメールにて当院へ送信してください。

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. 予約済みの受診日                 | 例) 平成〇〇年〇月〇日(月) 午前〇〇時〇〇分 |
| 2. お名前 フリガナ                 | 例) カイセイ タロウ              |
| 3. お名前 漢字                   | 例) 回生 太郎                 |
| 4. 性別                       |                          |
| 5. 生年月日                     | 例) 〇〇〇〇年〇月〇日             |
| 6. ご住所                      | ※郵便番号も記入ください             |
| 7. 日中繋がるお電話番号               |                          |
| 8. 出発予定日                    |                          |
| 9. 当院での受診歴の有無               |                          |
| 10. ビザの種類                   | ※申請用紙参照                  |
| 11. 渡航健診用 I D (HAP/TRN/HRI) | ※発行されている方のみ受診できます        |
| 12. 必要な検査項目                 | ※申請用紙参照                  |

送信する際、宛先に『**ニュージーランド渡航健診**』と明記してください。

**メールアドレス： kensin@kaisei-hp.co.jp**

※ kenshin ではなく kensin ですのでご注意ください

- ・ ご予約完了後、お早めに送信してください。メール確認後、ご予約確定となります。
- ・ 上記メールアドレスは、渡航健診の登録専用アドレスです。お問い合わせなどは全てお電話にて対応させていただきます。万一、メールにてお問い合わせや変更等のご連絡など頂いても、こちらからご連絡・回答等は一切致しておりません。
- ・ **持ち物と注意事項**のページがございますので、必ずお読みください。

## 当日の持ち物

- パスポート ※コピー不可。有効期限を必ずご確認ください。
- 渡航健診用 I D(HAP/TRN/HRI)が確認できるもの
  - ※Referral Letter もしくは Health Examination List (写真不要)
- メガネ・コンタクトケース・保存液 (視力検査のある方)
  - ※使い捨てコンタクトレンズを使用の方は、替えのレンズも念のためお持ちください。
- 持病、持参薬などがある方は、主治医による英文の診断書が必要となる場合があります。
  - ※事前にご用意頂き、受診日にご持参頂いたほうが、結果送信がより速やかになります。
- 料金 (税抜き)

502 Chest X-ray	11歳以上	7,000円
501 Medical Examination	5歳以上	18,000円
	5歳未満	10,000円
707 HIV test	永住ビザ または医療従事者	5,000円
708 Hepatitis B	医療従事者	2,500円
716 Hepatitis C	医療従事者	2,500円

## 注意事項

### ◎健診結果について

- ・ 移民局への結果発送は、異常のない方で1週間から10日となります。
- ・ 異常があった場合、更に日数を要しますので、予めご了承ください。

### ◎女性の方へ

- 尿検査のある方は、生理日及び前後は避けてお申込みください。
- 異常があった場合は後日再検査となり、通常より結果発送までにお時間がかかる場合もあります。生理日の予定がずれて健診日と重なってしまった場合は、ご連絡ください。尚、妊娠中の方、またその可能性のある方は、必ずお申し出ください。

### ◎当日の制限など

- ・ Medical Examinationがある方は、尿検査がある為水分をしっかり摂ってきてください。
- ・ Medical Examinationがある方は、検査着に着替えて頂きますので、軽装でお越しください。貴重品はお持ちにならないでください。検査着の中は下着のみ着ていただけます。
- ・ 15歳未満の方は血液検査はありません。
- ・ 5歳未満の方は、尿検査はありません。

### ◎変更・キャンセルについて

変更・キャンセルは、他の受診者様へのご迷惑となりますので、お早目にご連絡をお願いします。

### ◎当日は、1階12番検診センターへお越しください。

お忘れ物、指定時間に遅れられることのない様お気を付けください。指定時間に遅れられますと受診できない場合がございます。遅れる場合は必ずご連絡ください。その他ご不明な点などございましたら、お問い合わせください。

### ☑大阪回生病院 検診センター

〒532-0003 大阪市淀川区宮原1-6-10

電話番号 06-6393-8069

【受付時間】平日：午前 9時～午後 4時30分

土曜：午前 9時～午後 12時30分

(日・祝日休み)