

Health Check Card

수진번호 ()		E-mail :	
검진항목 :		사업장명(직장명) :	
성명 :	가족성명 :	주민번호 :	사원번호 :
연락처 :		B형간염 (예 · 아니오 · 모름)	현재임신여부 (예 /아니오)
주소 (검진결과 받으실 곳) :			
복용중인 약 :		※ 이전 결과 및 메모 사항 (직원 기재란)	
※ 불편한 증상이나 상담 있으면 작성해 주십시오			

신장 :	체중 :	kg (비만도 정 · 과 · 비)	허리둘레 :
시력 : 좌 / 우 (나안, 교정)	청력 : 좌 / 우		혈압 : 1차 / 2차 /

☐ 소변 ☐ 혈액	☐ Brain CT ☐ +C ☐ Brain angio	☐ Brain ☐ +C ☐ Brain angio
☐ 일반내시경 ☐ 수면내시경	☐ Chest CT ☐ +C	☐ C-Spine ☐ T-Spine ☐ L-Spine
☐ 대장내시경 (수면 · 일반)	☐ C-Spine CT ☐ L-Spine CT	☐ Abdomen ☐ +C
☐ UGI	☐ Abdomen CT ☐ +C	☐ Others ()
☐ Chest PA	☐ 복부비만 CT	☐ MRA
☐ Mammography	☐ Cardiac CT (Calcium scoring)	
☐ DEXA(골밀도)	☐ Others ()	
☐ 치과(구강검진)		

☐ Abdomen (복부)	☐ EKG (심전도)	☐ 남 · 여 호르몬 검사
☐ Prostate (전립선)	☐ PFT (폐기능)	☐ 비타민 D검사
☐ Uterus (자궁)	☐ 안압촬영 (R : L:)	☐ NK세포검사 (토요일 불가)
☐ Thyroid (갑상선)	☐ 안저촬영	☐ 암 유전자 검사
☐ Breast (유방)	☐ 스트레스 (HRV검사) ☐ 체성분	☐ 예방접종
☐ Carotid Artery (경동맥)	☐ Pap Smear ☐ HPV	☐ 영양제 (서비스 / 추가)
☐ Echocardiography (심장)		
☐ Liver Fibroscan (간섬유화)		

수납 : 청구 :

공단건강검진 대상자는 (일반건강검진 및 암검진포함)
종합검진과 병행해서 진행하는데 동의합니다.

수검자명 : (서명)