

수집번호

검진항목		사업장명(직장명)	
성명	주민번호	사원번호	가족성명
연락처		E-mail :	
주소 (결과 받으실 곳)			
복용중인 약		※ 이전 결과 및 메모 사항 (직원 기재란)	
※ 불편한 증상이나 상담 있으면 작성해 주십시오			

신체계측 ☐ 해당없음

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

일반검진

CT

MRI

☐ 소변 (외주) ☐ 혈액	☐ Brain CT ☐ +C ☐ Brain angio	☐ Brain ☐ +C ☐ Brain angio
☐ 일반내시경 ☐ 수면내시경	☐ Chest CT ☐ +C	☐ MRA
☐ 대장내시경 (수면)	☐ C-Spine CT ☐ L-Spine CT	☐ C-Spine ☐ L-Spine
☐ UGI	☐ Abdomen CT ☐ +C	☐ 채장
☐ Chest PA	☐ Cardiac CT (Calcium scoring)	☐ 간
☐ Mammography	☐ Others ()	☐ 담관
☐ DEXA(골밀도)		☐ 무릎(좌 / 우)
☐ 치과(구강검진)		☐ 어깨(좌 / 우)

SONO/특수검사

기타

☐ 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
☐ Carotid Artery (경동맥)	☐ 스트레스 (HRV검사) ☐ 체성분	☐ AMH (난소기능평가)
☐ Breast (유방)	☐ Pap Smear ☐ HPV	☐ 활성산소 및 항산화력검사
☐ Echocardiography (심장)	☐ 영양제 (서비스 / 추가)	☐ 마스토체크
☐ Liver Fibroscan (간섬유화)	☐ 예방접종	☐ 아포지A+B+호모시스테인
		☐ 알콜리스크 스크린
		☐ 알러지검사

추가검사 항목 :	수납 :	청구 :
	1. 현금 2. 카드 3. 이체	