



KOBE KAISEI HOSPITAL MEDICAL FOUNDATION
3-11-15, SHINOHARA-KITAMACHI, NADA-KU, KOBE 657-0068, JAPAN
TEL:078(871)5201, FAX:078(871)5206

CANADA VISA

■健診日時

月～金 8:30, 9:30, 10:00 (完全予約制)

■健診概要

診察、血液検査、尿検査、胸部レントゲン検査、視力検査

■所要時間

約3～4時間

■持参するもの

NO.	持参物	チェック欄
1	パスポート	
2	IME No.もしくは UCI No.記載の書類 MEDICAL REPORT (CLIENT BIODATA AND SUMMARY) ※Up frontの方は不要です	
3	眼鏡 ※必要な方のみ (コンタクトレンズ [®] 使用の方はレンズ [®] ケース) 裸眼・矯正視力の両方を測定します。ワンデータイプのコンタクトレンズ [®] を装用の方は替えのレンズ [®] を持参ください。	
4	健康保険証 ※検査結果に異常があった場合、使用できる場合あり	

■注意事項

1. 女性は生理日を避けてください
2. 妊娠されている方は、必ず予約時にお申し出ください
3. 出発日・健診結果の提出期限が近い方は、必ず予約時にお申し出ください
4. 朝食可 (ただし砂糖類、ミルク、乳製品は避けてください)
5. 予約時に IME No. もしくは UCI No.をお伺いします (Up frontの方は不要です)
6. 18歳以下の方は保護者の同伴が必要です

■費用

大人 (15歳以上) ¥30,000 税別

※クレジットカードでのお支払いが可能です

■結果報告

約1～2週間 (ただし結果がすべて正常時)

[当日は1階初診受付へお越しください](#)