

人間ドック(生活習慣病予防健診)FAX申込書【協会けんぽ】

【企業・事業所名】

【所在地】 〒

【担当者様】

【TEL】

【FAX】

【予約受付日】

【問診票郵送先】 会社・本人

【結果原本郵送先】 会社・本人

【結果コピー(会社控え)】 要・不要

【支払】 会社・本人

※お手数ですが請求書送付先などの住所が上記のものとは違う場合は事前にご申告ください。

| 希望日 | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 胃の検査 | オプション(希望するものに○を) | | | | | | その他追加OP・備考 |
|------|----------|------|-----|----------|------------------|--------|------|---------|-------|-----|------------|
| | | | 男・女 | カメラ・バリウム | 付加健診 | 腹部エコー | 子宮がん | マンモグラフィ | 乳腺エコー | PSA | |
| 郵便番号 | | 住所 | | | | 携帯電話番号 | | | 当院受診歴 | | |
| 〒 | | | | | | | | | 有・無 | | |
| 希望日 | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 胃の検査 | オプション(希望するものに○を) | | | | | | その他追加OP・備考 |
| | | | 男・女 | カメラ・バリウム | 付加健診 | 腹部エコー | 子宮がん | マンモグラフィ | 乳腺エコー | PSA | |
| 郵便番号 | | 住所 | | | | 携帯電話番号 | | | 当院受診歴 | | |
| 〒 | | | | | | | | | 有・無 | | |
| 希望日 | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 胃の検査 | オプション(希望するものに○を) | | | | | | その他追加OP・備考 |
| | | | 男・女 | カメラ・バリウム | 付加健診 | 腹部エコー | 子宮がん | マンモグラフィ | 乳腺エコー | PSA | |
| 郵便番号 | | 住所 | | | | 携帯電話番号 | | | 当院受診歴 | | |
| 〒 | | | | | | | | | 有・無 | | |

※不明な点やご質問などがあれば当院ドック室までご連絡ください。

※検査予約枠に限りがあり、予約日のご希望に添えない場合がございます。

ご了承ください。

〒623-0011 京都府綾部市青野町大塚20番地の1

【TEL】 0773-43-0123 【FAX】 0773-42-0188

綾部市立病院 ドック係

| | | | | | | | | | | | |
|------|----------|------|-----|----------|------------------|-------|------|---------|-------|-------|------------|
| 希望日 | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 胃の検査 | オプション(希望するものに○を) | | | | | | その他追加OP・備考 |
| | | | 男・女 | カメラ・バリウム | 付加健診 | 腹部エコー | 子宮がん | マンモグラフィ | 乳腺エコー | PSA | |
| 郵便番号 | | 住所 | | | | | | 携帯電話番号 | | 当院受診歴 | |
| 〒 | | | | | | | | | | 有・無 | |
| 希望日 | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 胃の検査 | オプション(希望するものに○を) | | | | | | その他追加OP・備考 |
| | | | 男・女 | カメラ・バリウム | 付加健診 | 腹部エコー | 子宮がん | マンモグラフィ | 乳腺エコー | PSA | |
| 郵便番号 | | 住所 | | | | | | 携帯電話番号 | | 当院受診歴 | |
| 〒 | | | | | | | | | | 有・無 | |
| 希望日 | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 胃の検査 | オプション(希望するものに○を) | | | | | | その他追加OP・備考 |
| | | | 男・女 | カメラ・バリウム | 付加健診 | 腹部エコー | 子宮がん | マンモグラフィ | 乳腺エコー | PSA | |
| 郵便番号 | | 住所 | | | | | | 携帯電話番号 | | 当院受診歴 | |
| 〒 | | | | | | | | | | 有・無 | |
| 希望日 | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 胃の検査 | オプション(希望するものに○を) | | | | | | その他追加OP・備考 |
| | | | 男・女 | カメラ・バリウム | 付加健診 | 腹部エコー | 子宮がん | マンモグラフィ | 乳腺エコー | PSA | |
| 郵便番号 | | 住所 | | | | | | 携帯電話番号 | | 当院受診歴 | |
| 〒 | | | | | | | | | | 有・無 | |
| 希望日 | 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別 | 胃の検査 | オプション(希望するものに○を) | | | | | | その他追加OP・備考 |
| | | | 男・女 | カメラ・バリウム | 付加健診 | 腹部エコー | 子宮がん | マンモグラフィ | 乳腺エコー | PSA | |
| 郵便番号 | | 住所 | | | | | | 携帯電話番号 | | 当院受診歴 | |
| 〒 | | | | | | | | | | 有・無 | |