健康診断 FAX 申込み用紙

・本日から 1 週間後より予約可能です。
・内容確認後、こちらから電話連絡します。
・ご希望の日時に沿えない場合がございます。ご了承ください。
・健診内容により、ご予約可能な曜日が異なります。詳しくは「健診実施日のご案内」を参照ください。

1	希望日	第 1 希望	年　月　日　曜日
		第 2 希望	年　月　日　曜日
		第 3 希望	年　月　日　曜日
2	お名前（必須）	ふりがな	
		氏名	
3	性別（必須）	□男性　□女性	
4	生年月日（必須）	明治・大正・昭和・平成　年　月　日	
5	健康保険（必須）	□国民健康保険　□全国健康保険協会（協会けんぽ） □健康保険組合　（組合名：　） □その他　（　）	
	被保険者・被扶養者（必須）	□被保険者　□被扶養者	
6	希望コース	□特定健診・高齢者健診　□生活習慣病健診（協会けんぽ） □一般健診　□簡易ドック（組合員健診）　□ドック □その他　（　）	
7	任意追加	□肺がん検診	
		□大腸がん検診	
		□肝炎ウイルス検査	
		□前立腺がん検診	
		□胃がん検診　＊ご希望の検査を選択してください。 →（胃レントゲン検査　・　経口胃内視鏡　・　経鼻胃内視鏡）	
		□子宮がん検診	
		□乳がん検診　＊ご希望の検査／視触診あり・なしを選択してください。 →（マンモグラフィー　・　乳腺エコー） →（視触診あり　・　視触診なし）	
		□骨粗しょう症検診	
8	住所（必須）	〒　－	
9	日中連絡先（必須）	電話番号　（　）　－	
		連絡可能時間　時　分～　時　分 ※11 時～17 時の間で、連絡可能な時間帯をご記入ください。	
10	お問合せ内容		

2020.06

みなと医療生活協同組合　協立総合病院　健診室
FAX 番号：052-651-3027