健　診　予　約　依　頼　書

以下の必要事項を記載の上、下記専用番号までＦＡＸにてお送り下さい。
確認次第、追ってご連絡いたします。

1. 予約者情報（必須項目）

◎の部分は必須項目となります。

◎ふりがな	（　　）	◎	明・大・昭・平・令	◎	
◎お名前	様	生年月日	年　月　日	性別	男　・　女
◎ご住所	（〒　　－　　）　県　市				
◎電話番号	自宅（　　―　　―　　）携帯（　　―　　―　　）				

2. 受診希望コース（必須項目）

受診を希望されるコースに○をつけてください。

- ● 人間ドックＡ ⟶（胃部内視鏡検査への変更希望　有※　・　無　）
- ● 人間ドックＣ ⟶（胃部内視鏡検査への変更希望　有※　・　無　）
- ● 人間ドック（個人）冬期割引 ⟶（胃部内視鏡検査への変更希望　有※　・　無　）
- ● 労安法定期Ａ　● 労安法定期Ｂ　● 脳検査
- ● 乳がんセット検診　● 乳腺エコー単独検診　● 内臓脂肪測定単独検査
- ● 骨密度単独検査

※人間ドックＡ及びＣコースにおいて、胃部Ｘ線撮影から胃部内視鏡へ変更する場合は別途差額料金が発生します。

【オプション】

オプション検査を受診される方はご希望の検査に○をつけてください。

- ● 血液型検査　● 子宮がん検診　● 乳がん検診　● HPV 検査
- ● 骨密度検診　● 前立腺検査　● 内臓脂肪測定　● 肺 CT 検査
- ● 脳検査　● ABC 検診　● アレルギー詳細検査　● BNP 検査

3. 健診希望日

- ● 第１希望　　月　　日（　　）
- ● 第２希望　　月　　日（　　）
- ● 第３希望　　月　　日（　　）

公立刈田綜合病院健診センター　　ＦＡＸ（専用番号）0224 - 25 - 2798