

生活習慣病予防健診申込書

大津赤十字病院 健診センター

TEL:077-522-5165 FAX077-522-4054

予約日が確定次第折返しFAXさせていただきます。尚、予約が大変混雑しておりますので、確定した受診日の変更はご遠慮頂きますよう、お願いいたします。

担当者

健康保険証の保険者番号				健康保険証の記号												
フリガナ				企業住所	〒			TEL				FAX			担当者	
企業名																
保険証の番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類(いずれかを○で囲んでください)		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んでください			第1希望日	第2希望日	第3希望日	決定日	備考			
			S・H	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検査	子宮頸がん検査								
住所		〒										TEL				
保険証の番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類(いずれかを○で囲んでください)		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んでください			第1希望日	第2希望日	第3希望日	決定日	備考			
			S・H	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検査	子宮頸がん検査								
住所		〒										TEL				
保険証の番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類(いずれかを○で囲んでください)		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んでください			第1希望日	第2希望日	第3希望日	決定日	備考			
			S・H	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検査	子宮頸がん検査								
住所		〒										TEL				
保険証の番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類(いずれかを○で囲んでください)		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んでください			第1希望日	第2希望日	第3希望日	決定日	備考			
			S・H	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検査	子宮頸がん検査								
住所		〒										TEL				
保険証の番号	フリガナ氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類(いずれかを○で囲んでください)		一般健診と併せて受診する場合は○で囲んでください			第1希望日	第2希望日	第3希望日	決定日	備考			
			S・H	一般健診	子宮頸がん健診(単独)	付加健診	乳がん検査	子宮頸がん検査								
住所		〒										TEL				

- ・負担金は健診日当日にお支払いをお願いいたします。
- ・健診の案内は自宅に送付させていただきます。
- ・胃の検査については、基本は胃透視(バリウム)となります。胃カメラ(経口)を希望される方は備考欄へご記入をお願いいたします。胃カメラを希望される方の条件は70歳以上の方・胃腸に疾患をお持ちの方・病気で水分制限中の方とさせていただきます。