

健康診断申込書

申込日

は必須項目です

患者情報	受診歴	当院を受診したことがありますか？ (診察券番号)		
	ふりがな 氏名	※	※	歳
	住所	※電話番号① 電話番号② 日中連絡が付きやすい番号をご入力ください		
健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (協会健保) <input type="checkbox"/> () 国民健康保険 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他 ()			
ふりがな 事業所名 (正式名所)	個人の方は記載不要			
事業所所在地	〒			
希望のコース	<input type="checkbox"/> 日帰りドック <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会一般健診 <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 雇用時健診 <input type="checkbox"/> その他 ()	TEL		胃検査
				胃検査ありの方のみ記入 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (胃カメラ) <input type="checkbox"/> 胃X線 (胃透 (バリウム))
希望のオプション	<input type="checkbox"/> 頭部MRI/MRA <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診・内診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ・乳腺エコー <input type="checkbox"/> その他	受診希望日 (2週間先以降の日程をご入力ください)	第1希望日	
			第2希望日	

上記内容の確認をお電話にてご連絡致します。

(申込書み送信後、翌日16:00 (土・日・祝除く) 迄に連絡が無い場合は、ご一報下さい。)

原三信病院 健康管理センター

直通電話 092-291-3132

FAX番号: 092-291-3210

メールアドレス: health@harasanshin.or.jp