

人間ドック申込FAX用紙

人間ドックのご予約はこちらの用紙でも承っております。
下記必要事項をご記入の上、FAXをお願いいたします。
当院から優先的に電話させていただきます。

FAX送信日 年 月 日

氏名	様	性別	
事前案内 結果郵送先	〒		
連絡先電話番号			

折り返し電話をいたします。電話可能なお時間にチェックをしてください。

折り返し可能なお時間	<input type="checkbox"/> 9:00～12:00	<input type="checkbox"/> 12:00～14:30	<input type="checkbox"/> 14:30～16:30
------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

人間ドック受診希望日と午前・午後開始希望について

受診希望日	第1希望	20 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望	20 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第3希望	20 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後

予約の希望コースについて

<input type="checkbox"/> 前回コースと同じ	<input type="checkbox"/> 他コース希望	<small>希望コース名をご記入下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 電話相談希望
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

※所属されます事業所・健保により前年とコース内容が変わる場合があります。

上部消化管検査、婦人科医師採取子宮細胞診(女性のみ)について

上部消化管検査の選択	<input type="checkbox"/> バリウム撮影	<input type="checkbox"/> 内視鏡(胃カメラ)	<input type="checkbox"/> 実施希望しない
子宮細胞診(女性のみ)	<input type="checkbox"/> 婦人科医師採取	<input type="checkbox"/> 自己採取	<input type="checkbox"/> 実施希望しない

オプション検査の追加希望ありましたらご記入ください。

<input type="checkbox"/> 前回と同じ内容	前回オプション内容をご記入ください→
<input type="checkbox"/> 希望オプション検査	ご希望の検査項目をご記入ください。

当院記載欄

TEL:075-365-3339 、FAX:075-365-3329

医療法人創健会 西村診療所

FAX申込
担当者

FAX後
連絡担当者

予約登録
担当者



FAX送信方向

医療法人創健会

西村診療所

FAX番号

(075) 365-3329