

## 特定健診・がん健診予約申込書

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

診察券番号(番号のある方) \_\_\_\_\_

ご希望の検査 ※該当項目に✓ください。

特定健診

がん健診

胃カメラ  胃バリウム  肺がん

大腸がん  前立腺がん  乳がん超音波

乳がんマンモグラフィ撮影

ご希望日 (時間は指定できません)

第一希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日 \_\_\_\_\_ 午前 ・ \_\_\_\_\_ 午後

第二希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日 \_\_\_\_\_ 午前 ・ \_\_\_\_\_ 午後

第三希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日 \_\_\_\_\_ 午前 ・ \_\_\_\_\_ 午後

※予約が決定しましたら、健診票を取りに来ていただきます。

(予約決定後 1 週間以内)

浅井外科 FAX 番号 052-441-8099

※個人情報が含まれ個人情報が含まれますのでおかけ間違いのないようお願い致します