

衣笠病院 健康管理センター 行き
申込日

FAX番号 046-852-1117

年 月 日

FAX専用 申込書

下記の内容に記入していただき、衣笠病院 健康管理センター宛てにFAXしてください。

後日、当施設から折り返しご連絡をさせていただき内容確認ができたところで、**本予約**となります。

(1週間以内に連絡がない場合は、046-852-1116までご連絡ください。)

受診者情報	ふりがな		性別	生年月日				
	お名前		男・女	大昭 平令	年 月 日 (歳)			
	住所	〒						
	電話番号	(携帯電話)			(自宅)			
	保険者番号							
	保険証記号			保険証番号				
	衣笠病院診察券番号	0					-	

受診希望日	<input type="checkbox"/>	曜日希望あり	曜日					
	<input type="checkbox"/>	日付け希望あり	第1希望	月	日	第2希望	月	日
			第3希望	月	日	第4希望	月	日

コース	<input type="checkbox"/>	胃部内視鏡 人間ドック	月～土曜日	受付時間	午前
	<input type="checkbox"/>	胃部バリウム 人間ドック	月～土曜日	受付時間	午前
	<input type="checkbox"/>	法定健診	月～金曜日	受付時間	午後

オプション検査	下記以外にもオプション検査のご用意はございます。ご連絡時にご相談ください。					
	<input type="checkbox"/>	脳検査 (MRI・MRA・頸動脈超音波)				
	<input type="checkbox"/>	頸動脈超音波				
	<input type="checkbox"/>	胸部CT				
	<input type="checkbox"/>	マンモグラフィー (触診含む)				
	<input type="checkbox"/>	乳房超音波 (触診含む)				