

人間ドック受診 FAX 申込書

フリガナ		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日・年齢	昭和 ・ 平成 年 月 日	(歳)
住所	〒 - (電話番号: - -)	
健診の種類	※希望する健診の種類、いずれか1つを選択してください。 <input type="checkbox"/> 一般ドック(半日) <input type="checkbox"/> 一般ドック(1泊2日)	
検査の種類	※一般ドックと併せて受診する場合は、選択してください。 <input type="checkbox"/> 胃X線 <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経鼻)	
健診ご希望月	令和 年 月頃	
備考(オプションなど)		

<記入上の注意>

- (1) 火曜日・日曜日・祝日・年末年始は休診日となっています。
- (2) 胃カメラ(経口・経鼻)を希望される方がたいへん多いため、ご希望日に受診できない場合があります。予めご了承ください。(胃カメラ実施日は、月・木・金・土となっています)
なお、経鼻での胃カメラは、月・木のみの実施となります。

FAX送信先

0865-42-6052

医療法人みわ記念病院