

健康診断 予約申込書

村上記念病院 健診担当 行 ⇒ FAX 0848-23-3508

フリガナ			性別
氏名	*診察券番号 (初めての方は不要) < >		男 ・ 女
生年月日	西暦	年 月 日 ()	歳
住所	〒 - -		
電話番号	① <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 - - <input type="checkbox"/> 会社	② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 - - <input type="checkbox"/> 会社	
	ご都合の良い時間帯 : ~ : 頃 (9:00~17:00 木土は13:00まで)		
ご希望日	第1希望日 月 日 ()	第3希望日 月 日 ()	
	第2希望日 月 日 ()	()	

ご希望の健診に✓を入れてください。

健診	<input type="checkbox"/> 尾道市がん健診
	<input type="checkbox"/> 肺 (胸レントゲン)
	<input type="checkbox"/> 胃 【 胃カメラ ・ 胃レントゲン(バリウム) 】 ← どちらかに○をしてください
	<input type="checkbox"/> 大腸 (便検査)
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波 (エコー)
	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス
	<input type="checkbox"/> 前立腺 (PSA) ……50歳以上の方が対象となります
	<input type="checkbox"/> 尾道市 特定健診

オプション	<input type="checkbox"/> 腹部CT検査	¥15,000
	<input type="checkbox"/> 胸部CT検査	¥15,000
	<input type="checkbox"/> 頭部MRI検査	¥19,000
	<input type="checkbox"/> PSA(前立腺)検査	¥1,430
	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	¥810

※ FAXをお送りいただきましたら、こちらからお電話にて健診日をご連絡させていただきます。
お申込みが多数の場合、こちらから連絡までに数日かかる場合があります。

決定日	月 日 () :
-----	-----------

お問い合わせ先 村上記念病院 健診担当
 〒722-0014 尾道市新浜1丁目14-26
 TEL 0848-22-3131 FAX 0848-23-3508
