

杉並区民健診(検診) 予約申込書

お申込日：平成 年 月 日 ()

フリガナ

お名前： 男性・女性 生年月日： T・S・H 年 月 日

ご連絡先：FAX 電話番号

※昼間ご連絡が取れる電話番号をご記入ください

※原則として開院日4日以内にFAXで返信致します。職場やコンビニからFAX送信された場合など、当クリニックからFAXでの返信を希望されない場合は、ご連絡先の「FAX」に×をお付けください。

当クリニックの受診ははじめてですか？(該当する番号に○をお付けください)

1. はじめて受診する。
2. 1階総合健診フロアに受診したことがある。
3. 2階女性のためのがん検診フロアに受診したことがある。

⇒診察券をお持ちの方は番号をご記入ください。(No. _____)

予約される健診(検診)に○をしてください。

注)杉並区発行の受診券がないと受診はできません。受診券をお確かめの上○をお付けください。

健診(検診)の種類		予約項目に○
成人等健診		
特定健診		
後期高齢者健診		
追加健診項目	胸部エックス線検査	
	大腸がん検診	
	前立腺がん検査	
胃がん検診	胃部X線検査 *午前のみ	
	内視鏡*水・木・金の午前のみ	
肺がん検診		
子宮頸がん検診		
乳がん検診		
大腸がん検診(国保以外の方)		

*「大腸がん検診」をご予約の方には、受診前に**検体容器**をお送りしますので送付先を必ずご記入ください。

〒

ご住所

受診希望日時 第3希望までご記入ください。3か月前から予約可能です。

第1希望日：平成	年	月	日()	(午前・午後・どちらでもよい)
第2希望日：平成	年	月	日()	(午前・午後・どちらでもよい)
第3希望日：平成	年	月	日()	(午前・午後・どちらでもよい)

<クリニック使用欄>

健診(検診)確定日：平成 年 月 日() 時 分