

生活習慣病予防健診予約申込書

1.お申込み日	年 月 日				
2.三宅おおふくクリニックの受診履歴	ある（カルテID： ） ・ ない				
(ふりがな) 3.お名前	4.性別	男・女	5.生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	
6.ご住所 *事前資料・結果発送先	〒 - *マンション・コーポ名 部屋番号までご記入ください。 市 郡 区				
7.お電話番号	ご自宅 () - 携 帯 () - *当院から予約確定等のご連絡をさせていただきます。日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。				
8.保険者番号（8ケタ）	0	1			
9.保険証記号・番号	.				
10.事業所名称					
11.ご希望の健診に○印を ご記入をお願いします ※対象年齢をご確認ください	一般健診	人間ドック健診	節目健診	子宮頸がん検診	胃カメラに変更希望 +5,500円
	35~74歳	35~74歳	40.45.50.55. 60.65.70歳	20~38歳の 偶数年齢の女性	
12.一般健診・節目健診に 追加して希望の方 ※対象年齢をご確認ください	乳がん検診	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	肝炎ウイルス検査	
	40~74歳の 偶数年齢の女性	36~74歳の 偶数年齢の女性	40~74歳の 偶数年齢の女性	C型肝炎ウイルス 検査未受診の方	
13.対象年齢以外での健診 (自費)をご希望の方	乳がん検診 マンモグラフィ	乳がん検診 超音波検査	子宮頸がん検診	骨粗鬆症検診	前立腺がん検査
	5,500円	5,500円	5,500円	5,500円	2,200円
14.ご希望日 ※毎週水曜日AMはレディース健診日 (女性のみで予約可能) ※ご予約が確定しましたら お電話にてご連絡させていただきます。	第1希望日		第2希望日		第3希望日
	月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()
	申込日より14日以降の希望日を第3希望までご記入ください。(※3月は15日まで)				
15.その他ご希望の オプション等ございましたら ご記入ください					

