稲沢市民病院　人間ドック申込用紙

人間ドックをお申込みの方は、この用紙に記入の上、当院 ⑭ 健診センター にご提出いただくか、ＦＡＸでお送りください。また、お電話での申込みも可能です。
電話　（０５８７）３２－２４０９　　ＦＡＸ　（０５８７）２４－５２６９

申込日：　　年　　月　　日

フ　リ　ガ　ナ	
受 診 者 氏 名	男　・　女
生 年 月 日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
住　所（ご自宅）	〒
案内等の送付先 〈ご自宅以外に送付の場合〉	
電話番号 〈携帯電話可〉	（　　）
受 診 希 望 日 〈申込み日から３週間以後〉	第１希望　　月　　日（　　） 第２希望　　月　　日（　　） 第３希望　　月　　日（　　）
申込みコース 〈☑を入れてください〉	☐ 人間ドック（ 胃カメラ・胃部Ｘ線 ） ☐ 脳ドックのみ
オプション 〈希望があれば、☑を入れてください〉	☐ 乳がん検査　☐ 子宮がん検査 ☐ 前立腺がん腫瘍マーカー検査　☐ 免疫学的検査 ☐ 大腸がん検査（内視鏡）　☐ 肺がん検査 ☐ 脳ドック
事業所等への結果報告	必要　・　不要　・　他（　　）

＜申込みから受診までの流れ＞

① お申込み受付後、受診日とコースの確認のため、折り返し電話でご連絡いたします。
② ご案内・問診票・便検査容器等をご自宅（または指定の送付先）に郵送します。
③ 受診当日は、案内文に記載された時間に ⑭ 健診センター へ直接お越しください。

問合先　　稲沢市民病院　健診センター
電話　０５８７－３２－２４０９　　FAX　０５８７－２４－５２６９