

豊島法人会健診申込書

送信日 年 月 日

医療法人社団 絆 アーバンハイツクリニック 行

申込先 FAX : 03-3946-7527

※時期によってご希望の日に予約が取れない場合がございます。予めご了承下さいますようお願い致します。

(フリガナ) 事業所名		電話	
書類送付先	〒	FAX	
(フリガナ) 担当者名	所属部署	健診結果一覧の希望	する しない

希望のコース名・オプション検査に○をお願いします。

No	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	コース名	オプション検査	希望日 (第3希望まで)	備考
1	-----	男	大正 昭和 平成 年 月 日	総合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査を受ける方は、いずれかに○をお願いします。
				総合A	婦人科セット 胃 部		
				総合B	乳癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	
2	-----	男	大正 昭和 平成 年 月 日	総合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査を受ける方は、いずれかに○をお願いします。
				総合A	婦人科セット 胃 部		
				総合B	乳癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	
3	-----	男	大正 昭和 平成 年 月 日	総合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査を受ける方は、いずれかに○をお願いします。
				総合A	婦人科セット 胃 部		
				総合B	乳癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	
4	-----	男	大正 昭和 平成 年 月 日	総合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査を受ける方は、いずれかに○をお願いします。
				総合A	婦人科セット 胃 部		
				総合B	乳癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	
5	-----	男	大正 昭和 平成 年 月 日	総合	前立腺癌 肝 炎	/	総合・総合A・胃部検査を受ける方は、いずれかに○をお願いします。
				総合A	婦人科セット 胃 部		
				総合B	乳癌のみ 大腸癌		
				基本定健	子宮癌のみ 痛 風		
				若年定健	内臓脂肪 腎機能		
				骨密度 眼 底	/		
				超音波 眼 圧	/	1、胃部X線(バリウム) 2、内視鏡(胃カメラ、口から) 3、内視鏡(胃カメラ、鼻から)	

上記の情報は、受診票の作成・送付と健診結果報告、それに伴う統計等に使用し、それ以外に使用する事はありません。

※病院記入欄

5名以上のお申込みは、本申込書をコピーして下さい。

受付日

健診のお申込み・お問い合わせ先

(医社) 絆 アーバンハイツクリニック

電話 03-3946-6721

〒170-0002

豊島区巣鴨1-16-2

アーバンハイツ巣鴨B棟1階

