

胃カメラ検診 申込書

※胃カメラ検診を単独で受診される方専用の申込書です。

送信日: 年 月 日

| ご発信元 | 返信先のご指定 |
|----------|----------------------------|
| お名前: 様 | FAX: — — 〔 職場・自宅・その他: 〕 |
| TEL: — — | E-mail: 〔 職場・自宅・その他: 〕 |

① 日中、ご連絡のつく番号をご記入ください

② いずれか、ご希望の返信先をご記入ください

ご記入のうえ、FAXまたはメールへ添付してお送りください。

本紙を含み 枚

| | | | |
|-------------|--|-----------|-------|
| ふりがな | | 診察券番号 | |
| 氏名 | 様 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年 月 日生 | 年齢 | 歳 |
| 現住所 | 〒 | | |
| 検査方法 | 検査方法を選択してください。 <input type="checkbox"/> 経鼻(鼻から胃カメラを挿入する方法です) <input type="checkbox"/> 経口(口から胃カメラを挿入する方法です) | | |
| 希望日 | 〈注〉 平日(月～金)の午前中に実施しています。余裕を持ってお申し込みください。 現在治療中の方や、外来で定期的に胃カメラ検査を受けている方は、まずは主治医へご相談ください。 | | |
| | 第1希望日 | 年 月 日 () | 午前 |
| | 第2希望日 | 年 月 日 () | 午前 |
| | 第3希望日 | 年 月 日 () | 午前 |
| ご連絡事項 など | | | |

回答欄 (健診センター記入)

| | |
|---|-------------|
| ご予約 | 年 月 () 時 分 |
| <ul style="list-style-type: none"> ● 直接健診センターへお越しください。新患受付での受け付けは必要ありません。 ● 健康保険証、診察券(あれば)、ご記入いただいた問診票、同意書をお持ちください。 ● ご予約時間の15分前を目途にご来院ください。 ● 所要時間は約60分程度です。 | |