

人間ドック申込み用紙

令和 6 年度版

申込日 令和 年 月 日

検査日:金曜日の午前中

FAX送信先

0561-39-0586

東郷町国民健康保険
東郷診療所

〒470-0151
愛知県愛知郡東郷町大字階輪字北山158-90
TEL 0561-39-0054

FAXをしていただける方は申込み者1名ごとに記入・送信してください。

可能な範囲でご記入ください。

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| フリガナ | | 性別 |
| 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 (歳) | |
| 左記のどちらかをお選びください | (東郷町民以外の方も人間ドックのご案内はできません) <input type="checkbox"/> 東郷町民である <input type="checkbox"/> 東郷町民以外である | |
| 電話番号 | (必ずご連絡がつく番号) | |
| 東郷診療所での | バリウム検査 | <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ⇒ (わかる方のみ) 検査をした年(年ごろ) |
| | 胃カメラ検査 | <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ⇒ (わかる方のみ) 検査をした年(年ごろ) |
| 50歳以上の東郷町民の方で、胃がん検診と併用の方は選択可能 | <input type="checkbox"/> バリウム検査希望 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査希望 (2年に1回) | |
| ドック希望年月日 | 令和 年 月 日 (金) 午前中 | |
| | (検査の内容や、ご予約の人数により、ご希望日にご案内できない場合がございますのでご了承ください) | |
| その他、追加検査などのご希望がございましたら、ご記入ください。 | | |

- * FAX送信の際は、必ずFAX番号をご確認の上ご送信ください。また、ご記入されたFAXの控えを検査日までお持ちください
- * お申込みをいただいた順に、随時受付・検査日時のご案内をさせていただき、ご予約日をご相談させていただきます。
- * FAXを頂いてから、日祝日を除き3日以内に連絡いたしますが、もし、連絡がない場合は大変申し訳ございませんが、改めてご連絡をいただければ幸いです。