

## 人間ドック予約シート

受診する方の	住 所	〒	
	フリガナ		
	氏 名		
	性 別	男 女 (いずれかに○)	
	生 年 月 日	年	月 日
	電 話 番 号 ( 必 須 )	※病院より予約結果の連絡(8:30~17:00)をいたしますので忘れずに！	
	保険証記号番号	記号	番号

希望予約日	第1希望日	令和                      年                      月                      日
	第2希望日	令和                      年                      月                      日
	第3希望日	令和                      年                      月                      日

健診コース	コ ー ス (いずれかに○)	内 容 (希望する胃の検査に○)
	男性	Aコース ( バリウム ・ カメラ(経口) ・ カメラ(経鼻) ) + 前立腺検査
	女性 40歳未満	Aコース ( バリウム ・ カメラ(経口) ・ カメラ(経鼻) ) + 子宮癌検診 + 乳癌検診 (超音波)
	女性 40歳以上	Aコース ( バリウム ・ カメラ(経口) ・ カメラ(経鼻) ) + 子宮癌検診 + 乳癌検診 (マンモグラフィー)

※前立腺、子宮癌、乳癌の検査を希望されない場合は、取消し線を上書き願います。

F A Xの送信先は、豊川市民病院 総合健診室 (0533 - 95 - 0031)