

平成30年度 健診申込書

赤羽病院健康管理センター FAX03-3902-3264 E-mail:kenshin@akabane-hp.com

申込日 月 日

フリガナ	フリガナ	当センター利用(有・無)
事業所名	ご担当者	
事業所所在地	〒	TEL
		FAX
		メールアドレス
資材・問診票発送先 (上記と異なる場合)	〒	TEL
お支払い方法 (一般分、オプション分 各々1つ〇してください)	一般・ <b>オプション</b> ・婦人科検診分	
	<b>当日現金払い</b>	
	クレジット払い(VISA・Masterのみ)	

ふりがな 氏名	協会保険証 以外の方は ○	区分	性別	生年月日(和暦)	30年 度末 年齢	健診コース ※1			実施検査 ※2			病院独自のオプション検査			備考	第1希望日	第2希望日	決定日	
						ドック	生習	定健	胃 部 検 査 バリウム	胃 カ メ ラ	子 宮 が ん	乳 が ん	前 立 腺	骨 密 度					婦 人 科 エ コ ー
例 あかばね はなこ 赤羽 花子	○	本人・家族	男・女	S40.1.25	54	○			有	無	口・鼻	○	○				7/7	6/29	
1		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
2		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
3		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
4		本人・家族	男・女																
5		本人・家族	男・女																
6		本人・家族	男・女																
7		本人・家族	男・女																
8		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
9		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
10		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								

見本

※1 健診コースについてどれか1つに〇をして下さい。  
 ※2 胃部検査についてどれか1つに〇をして下さい。(胃カメラ希望の方は追加料金3000円)  
 子宮がん検診・乳がん検診を追加される方は実施検査のそれぞれの欄に〇の記入をお願いします。  
 希望日に空気がない場合、別日をご案内させていただくことがあります。

〒115-0045 東京都北区赤羽2-2-1 赤羽病院健康管理センター ☎03-3901-4941

提出前に、記入もれがないか再度ご確認ください。

名簿より上の欄は全部記入した

胃部レントゲンの実施を受診者に確認した

協会けんぽ以外の人の健診コースは、「自費コース」または「備考」に記入した

# 平成30年度 健診申込書

赤羽病院健康管理センター FAX03-3902-3264 E-mail:kenshin@akabane-hp.com

申込日 月 日

フリガナ	フリガナ	当センター利用(有・無)
事業所名	ご担当者	
事業所所在地	〒	TEL
		FAX
		メールアドレス
資材・問診票発送先 (上記と異なる場合)	〒	TEL
お支払い方法 (一般分、オプション分 各々1つ〇してください)	一般・オプション・婦人科検診分	
	当日現金払い	
	クレジット払い(VISA・Masterのみ)	

ふりがな 氏名	協会保険証 以外の方は ○	区分	性別	生年月日(和暦)	30年 度末 年齢	健診コース ※1			実施検査 ※2			病院独自のオプション検査			備考	第1希望日	第2希望日	決定日	
						ドック	生習	定健	胃部検査		子宮 がん	乳 がん	前立腺	骨密度					婦人科 エコー
									バリウム	胃カメラ									
例 あかばね はなこ 赤羽 花子		本人・家族	男・女	S40.1.25	54	○			有	無	口・鼻	○	○				7/7	6/29	
1		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
2		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
3		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
4		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
5		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
6		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
7		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
8		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
9		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								
10		本人・家族	男・女						有	無	口・鼻								

※1 健診コースについてどれか1つに〇をして下さい。  
 ※2 胃部検査についてどれか1つに〇をして下さい。(胃カメラ希望の方は内視鏡前検査4100円)  
 子宮がん検診・乳がん検診を追加される方は実施検査のそれぞれの欄に〇の記入をお願いします。  
 希望日に空きがない場合、別日をご案内させていただくことがあります。

〒115-0045 東京都北区赤羽2-2-1 赤羽病院健康管理センター ☎03-3901-4941

提出前に、記入もれがないか再度ご確認ください。

名簿より上の欄は全部記入した

胃部レントゲンの実施を受診者に確認した