

生活習慣病予防健診 予約表

会社名		
連絡先	TEL	FAX
保険者番号		
保険証 記号		

●1日1～3名でお願いします。  
 ●生理中の受診はお避け下さい。  
 妊娠中の方は事前にお申し出下さい。

●胃内視鏡検査に変更される方はご選択下さい。  
 ① 経口（通常スコープ）  
 ② 経口（通常スコープ / ★鎮静剤使用）  
     ★車の運転不可・土曜日不可  
 ③ 経口（細径スコープ）  
 ④ 経鼻（細径スコープ）

「胃透視」→「胃内視鏡」⇒ ¥2,200（税込）  
 「★鎮静剤使用」⇒ ¥2,200（税込）

	希望受診日		保険証 番号	フリガナ	生年月日 <small>（西暦でお願いします） （例：1980年1月1日）</small>	性別	診察券ID	携帯番号	胃部 検査なし	胃透 視	胃内視鏡
	第1	第2		氏名							①～④の いずれか を記入
1	/	/			年 月 日						
2	/	/			年 月 日						
3	/	/			年 月 日						
4	/	/			年 月 日						
5	/	/			年 月 日						
6	/	/			年 月 日						
7	/	/			年 月 日						
8	/	/			年 月 日						
9	/	/			年 月 日						
10	/	/			年 月 日						