

池袋病院 健診センターへ 事前ご連絡

済み ・ 未連絡

対応者氏名 :

健康診断申込書

医療法人社団 誠弘会 池袋病院 健診センター 宛て

直通FAX : 049-221-5700

受診者情報 (複数名の場合は別紙にて全員分をお願い致します)

診察券番号	(受診歴のある方のみ)		
フリガナ			
氏名			
生年月日/性別	(大・昭・平)	年	月 日 / 男 ・ 女

事前案内郵送先 (自宅 or 会社)

郵便番号	〒	—
住所	県・都	道・府
電話番号	—	—

ご希望の健診種類にチェック☑または丸を付けて下さい。

お支払方法 (当日窓口払い or 後日会社請求)

会社名	
ご担当者様	
団体様	トータル人数 : 名
<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) → 火水金土 (AMまたは14:30) <input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん → 金 (AMまたは15:00) 水 (14:30~)	
<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 35歳以上の方 (協会けんぽ健診) _____ 名 ① 胃内視鏡 or 胃バリウム (差額なしで変更可) ② 希望があれば○を付けて下さい (補助対象の年齢あり) 付加健診 ・ 乳がん(マンモ) ・ 子宮頸がん (乳がん、子宮頸がんは曜日注意)	
<input type="checkbox"/> 企業健診 (定期健診) 心電図あり or 心電図なし _____ 名 <input type="checkbox"/> 一般健診 (会社に入るための健診など) _____ 名 <input type="checkbox"/> 池袋病院日帰り人間ドック _____ 名 胃内視鏡 or 胃バリウム (差額なしで変更可) <input type="checkbox"/> 脳ドック (MRI+MRA) _____ 名 <input type="checkbox"/> 自費乳がん(マンモ) ・ 自費子宮頸がん (曜日注意) _____ 名	
その他ご質問など	

受診希望日 (月~土)	第1	月	日 ()	第3	月	日 ()
	第2	月	日 ()	第4	月	日 ()

※ 受診日の確定は、当センターから折り返しのご連絡にてお伝えします。

折り返し連絡方法 * 3営業日以内のお返事	電 話	
	F A X	
	メ ー ル	

直通TEL : 049-239-5671 (9:00~17:00)

FAX : 049-221-5700 (24時間受付)