

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	池袋病院の受診歴	なし	or	あり	(診察券番号:)
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 (請求書郵送先が案内郵送先と違う場合は、下部その他欄へご記入下さい))

会社名			
ご担当者様			
トータル人数	名		
<p>● 乳がん(マンモ) → 火水金土 (AMまたは14:30)</p> <p>● 子宮頸がん → 金 (AMまたは15:00) 水 (14:30~)</p>			
<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) (全国健康保険協会)	名
*別紙「健診対象者一覧」もFAX願います。			
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) (法定健診)	心電図あり or 心電図なし	名
<input type="checkbox"/>	一般健診 (これから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	
	FAX	
	メール	

直通TEL : 049-239-5671 (9:00~17:00)

FAX : 049-221-5700 (24時間受付)