

池袋病院 健診センターへ 事前連絡

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	
● 乳がん(マンモ)	→ 月金土 (AMまたは14:30)	
● 子宮頸がん	→ 月 (AM) 金 (AMまたは15:00)	
<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診	_____名	35歳以上で加入者本人 (協会けんぽ) (全国健康保険協会)
*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)	_____名	(検査項目も一緒にFAX願います)
*結果のお渡しに7~10日かかります(曜日によっては2週間以上)		
<input type="checkbox"/> 池袋病院 日帰り人間ドック	_____名	オプション希望 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
胃内視鏡 or 胃バリウム (差額なしで変更可)		
<input type="checkbox"/> 脳 (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)