【健診予約カード】 会社名または氏名 ＊ご担当者名：

生活習慣病予防健診用 住所

＊案内送付先➡ 会社 ・ 自宅

＊結果送付先➡ 会社 ・ 自宅

＊ご請求 ➡ 会社 ・ 個人

保険者番号	

<該当箇所を〇印で囲んで下さい>

希望日	健保記号	健保番号	氏名	フリガナ	生年月日	性別	健診の種類	胃の検査	備考
					昭和 平成 年 月 日	男・女	一般 ・ 節目 ・ 若年 乳がん・子宮頸がん・骨粗鬆症	バリウム・ 胃 カメラ（口・鼻）	
					昭和 平成 年 月 日	男・女	一般 ・ 節目 ・ 若年 乳がん・子宮頸がん・骨粗鬆症	バリウム・ 胃 カメラ（口・鼻）	
					昭和 平成 年 月 日	男・女	一般 ・ 節目 ・ 若年 乳がん・子宮頸がん・骨粗鬆症	バリウム・ 胃 カメラ（口・鼻）	
					昭和 平成 年 月 日	男・女	一般 ・ 節目 ・ 若年 乳がん・子宮頸がん・骨粗鬆症	バリウム・ 胃 カメラ（口・鼻）	
					昭和 平成 年 月 日	男・女	一般 ・ 節目 ・ 若年 乳がん・子宮頸がん・骨粗鬆症	バリウム・ 胃 カメラ（口・鼻）	
					昭和 平成 年 月 日	男・女	一般 ・ 節目 ・ 若年 乳がん・子宮頸がん・骨粗鬆症	バリウム・ 胃 カメラ（口・鼻）	
					昭和 平成 年 月 日	男・女	一般 ・ 節目 ・ 若年 乳がん・子宮頸がん・骨粗鬆症	バリウム・ 胃 カメラ（口・鼻）	
					昭和 平成 年 月 日	男・女	一般 ・ 節目 ・ 若年 乳がん・子宮頸がん・骨粗鬆症	バリウム・ 胃 カメラ（口・鼻）	

＊案内及び結果送付先が、個別の場合は、備考欄に記入してください。

＊必要事項をご記入になり返信ください。尚、肝炎ウイルス検査につきましては、プライバシーに配慮して、本人自身が直接お申し込み下さい。

医療法人　浄仁会　大泉記念病院

FAX　0224-22-2580

TEL　0224-22-2111（内線150）