

健康診断お申込日(FAX発信日): 年 月 日お申込

FAX 03-3474-1355

(公財)河野臨床医学研究所 附属

北品川クリニック FAX申込書

下記の必要事項をご記入の上、FAXをしてください。(電話でのご予約も承っております。)

【FAX送信だけでは予約は完了しておりません】

FAX着信後、当クリニックより確認の連絡をいたします。

尚、FAX申込書送信後、3営業日以上経過しても当クリニックから連絡がない場合は、

FAX不着等も考えられますので、お手数ですが、下記までお電話をくださいますようお願いいたします。

※□は該当するものをチェックしてください

受診希望日時	第一希望	第二希望	第三希望
	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
	8時台 9時台 10時台 11時 指定なし	8時台 9時台 10時台 11時 指定なし	8時台 9時台 10時台 11時 指定なし
	ご希望の時間がございましたら○で囲んでください。 尚、空き状況などにより、日程の変更をお願いする場合がございますのでご了承ください。		
ご希望コース その他健診の場合、 コース名を記入	<input type="checkbox"/> 雇用時健診 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> 婦人科検診 <input type="checkbox"/> 特定業務従事者健診 <input type="checkbox"/> 法令定期健診 <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> その他健診(
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
漢字氏名		生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)
所属	勤務先名:	健保加入	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	健康保険組合名:	ご希望の 連絡先	勤務先 - -
住所	〒		自宅 - -
			携帯 - -
			FAX番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 番号 - -
オプション検査 ご希望があれば追加 で検査できます	◆子宮と乳房検査は火・水・金実施(女性スタッフのみ対応)		
	◆胃内視鏡は火・水・金・土実施		
	子宮頸部がん検査	<input type="checkbox"/> 子宮頸部内診・細胞診	
	乳がん検査	<input type="checkbox"/> 乳房触診 <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィ	
	胃部検査	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> ヘリコバクター、ヘリコバクター・ヒロリ抗体	
	腫瘍マーカー検査	<input type="checkbox"/> 多臓器腫瘍マーカー(AFP,CEA,CA19-9,PSA(男性),CA125(女性))	
	肺がん検査	<input type="checkbox"/> 胸部ヘリカルCT <input type="checkbox"/> 喀痰検査	
	頭部検査	<input type="checkbox"/> 頭部MRI/MRA <input type="checkbox"/> 頭部MRIのみ <input type="checkbox"/> 頭部MRAのみ	
動脈硬化検査	<input type="checkbox"/> 動脈硬化度測定検査(CAVI,ABI) <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー		
骨量検査	<input type="checkbox"/> 骨密度検査(超音波)		
◎ご質問ご要望などはこちらにご記入ください			

【お問合せ先】

北品川クリニック 予約係

TEL:03-6433-3273(予約専用ダイヤル) FAX:03-3474-1355