

申込日 年 月 日

京都鞍馬口医療センター 健康診断申込書

ふりがな											性 別
氏 名											男 女
生年月日	年		月		日						歳
自宅住所	〒 -										
希望連絡先	① ()		-				(自宅・会社・携帯)				
	② ()		-				(自宅・会社・携帯)				
事業所名											
事業所住所	〒 -										
	TEL					FAX					
保険証記号						保険証番号					
保険者番号						保険証の区分			(本人・配偶者・その他)		
特定健康診査 受診券整理番号					-						
受診券有効期限	年		月		日						
受診希望日	第1希望		年		月		日		曜日		AM・PM
	第2希望		年		月		日		曜日		AM・PM
基本コース	<input type="checkbox"/> 協会管掌保険(A・B・C・付加健診【40、50歳限定】) <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 人間ドックB <input type="checkbox"/> 人間ドックC ※上記コースの方は胃部検査を選択してください。 <input type="checkbox"/> 胃部X線検査(バリウム検査) 胃部検査 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 ※追加料金 3,000円(税抜) <input type="checkbox"/> 胃部検査なし										
	<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査										
オプション検査	<input type="checkbox"/> 肺がんドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検査 <input type="checkbox"/> 前立腺検査(PSA) <input type="checkbox"/> ABC検診 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪面積検査 <input type="checkbox"/> 消化器腫瘍マーカーセット <input type="checkbox"/> 乳がん卵巣がん腫瘍マーカーセット <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ1方向 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ2方向 <input type="checkbox"/> その他()										

* 必要事項を記入して頂き、下記のFAX番号にて、お申し込みをお願いいたします。
 記入事項を確認後、健診内容・健診日程の詳細決定のため、当院よりお電話させていただきます。

独立行政法人地域医療機能推進機構
 京都鞍馬口医療センター 健康管理センター
 TEL 075-441-6101 FAX 075-441-4923
 Eメール kenkan@kyoto.jcho.go.jp