

京都市国保ドック 当診専用申し込み書

No
ID

ご予約開始は**6月1日**です。ご予約の際は**受診券**と**健康保険証**が必要です。

直接窓口に来られる方は、できる限りご本人様がそろってお越しください。
 代理人・代表者のみでのお申し込みは、ご記入の不備などありますと受付できない場合があります。

太枠の中のみもれなくご記入ください。

※ 都合の悪い月・日にち・曜日などあれば、ご記入ください。				※ 同日に健診を希望される方の氏名(あれば)			
				()様			
★受診券番号				★は受診券・保険証より転記下さい。			
★保険証記号				★保険者番号			
京				* * 2 6			
フリガナ							
氏名 (満 歳)							
生年月日 (昭和 年 月 日) 性別 男 ・ 女							
住所 〒 京都市 区							
電話番号 自宅 TEL 携帯 FAXで連絡可能な方はFAX番号をご記入ください。 FAX:							
選択項目 希望項目に○をつけてください 経鼻内視鏡 経口内視鏡 胃透視(バリウム) 胃検査なし 経鼻内視鏡は火・水・金および第1・3土のみの実施です。 胃透視(バリウム)は月・水・木のみの実施です。 (治療にて実施の場合のみ除外可)							
※ 抗凝固薬・抗血小板薬の服用 なし あり 「あり」の場合は薬剤名をご記入ください ()							

以下は女性の方のみご記入ください。

婦人科検診

乳がん検診・子宮がん検診は、原則、国保ドックの男女共通健診とは、**別日**にお越しいたします。右欄にご了解のチェックをお願いします。 婦人科検診は別日で了解。

ご希望の曜日に○をつけてください	金曜日 AM		第1・3火曜日 PM	
子宮がん検診 ○をつけて下さい	あり	なし	子宮がん検診は原則必須項目です。 「なし」を選ばれた方は理由をご記入ください。 治療中 子宮摘出 その他: ()	
乳がん検診 ○をつけて下さい	あり	なし	乳がん検診は原則必須項目です。 「なし」を選ばれた方は理由をご記入ください。 治療中 他院で受診 その他: ()	
○をつけて下さい	「あり」の方はご希望の検査方法に○をつけてください。(どちらかひとつ)			
	マンモグラフィー		乳腺エコー	

以下は記入不要

受付日	来院	電話	FAX	月	日	時間	担当者()	
予約決定連絡	電話	FAX	月	日	時間	担当者()		
CP処理	電カル	月	日	実施者()	カルナス	月	日	実施者()
郵送処理	発送日	月	日	実施者()				

備考: