

# お申し込みFAX用紙

下記の必要事項をご記入の上、FAXでお送りください。北水会記念病院 健診センターより確認のご連絡をいたします。  
電話や健診センター窓口でも受け付けております。

フリガナ					昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
お名前					生年月日					
ご住所	〒									
電話番号					FAX番号					
日中のご連絡先	(お勤め先電話番号または携帯電話など)									

〈健康保険組合の補助をご利用の方〉

- ◆ 加入されている健康保険組合をご記入ください。 \_\_\_\_\_
- ◆ 希望の健診コースをご記入ください。 \_\_\_\_\_
- ◆ 希望の健診・検査のをチェックしてください。チェックは大きめにお願いします。

〈特定健診・水戸市医療機関健診をお申し込みの方〉

- 特定健康診査 ( 社保  国保)
- 水戸市医療機関健診 (  胃がん検診  大腸がん検診  前立腺がん検診  肺がん・結核検診  肝炎ウイルス検診  子宮がん検診  乳がん検診 ( マンモグラフィ  超音波) )

〈北水会記念病院 健診センターの健診コースをお申し込みの方〉

■ 人間ドック

- 総合バリウムコース  総合胃カメラコース  総合ABC検診コース  基本健診コース
- 肺がんドック  脳ドック
- レディース検診 (子宮がん検診  スタンダードコース  セレクトコース  シンプルコース)
- (乳がん検診  スタンダードコース  セレクトコース)

■ 定期健康診断

- 定期健診A  定期健診B  定期健診C  雇入れ時健診  電離放射線健診

■ お手軽検査コース

- 骨密度検査(X線検査(DXA法))★検査条件あり  眼底・眼圧・視力検査  お手軽血液検査

〈オプション検査〉

- ◆ 追加希望の方は検査項目をご記入ください。(パンフレット参照)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

- ◆ 受診希望日をご記入ください。(第3希望日まで)

第1希望日	年	月	日	( )
第2希望日	年	月	日	( )
第3希望日	年	月	日	( )

※予約の状況などにより、ご希望に添えない場合があります。

※日曜・祝祭日は休館

これまでに北水会記念病院(北水会病院)・健診センターに来院したことはありますか?

はい ・ いいえ