

FAX.029-303-3006

## 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 )  特定保健指導
- 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 )
- (  肝炎ウイルス検査  子宮がん検診  乳がん検診 (  マンモグラフィ  超音波 ) )

### 〈北水会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  雇入れ時健康診断  電離放射線健診

#### ■ お手軽検査コース

- 骨密度検査 (  超音波検査  X線検査(DXA法) )  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