



FAX:043-224-3004

※番号のお間違えのない様、ご確認下さい。

斎藤労災病院健康管理センター 行き

【予約受付票】 必要事項をご記入の上、FAXにてお申込下さい。

フリガナ		性別	
お名前		男・女	生年月日
ご住所	〒 -		
電話番号			
連絡先電話番号	※必ずご記入下さい		
健康保険組合名			

【受診希望内容】 希望内容を、レ点又はご記入下さい。

受診希望日	第1希望日	平成	年	月	日
	第2希望日	平成	年	月	日
※ 受診日決定については、電話にてご連絡させていただきます					
受診希望コース ※ご希望のコースに○を付けて下さい	<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック <input type="checkbox"/> 一泊人間ドック <input type="checkbox"/> 通院人間ドック <input type="checkbox"/> その他 ( )				
希望検査内容	胃部検査	<input type="checkbox"/> X線撮影 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (X線検査から変更) 内視鏡の実施方法 ⇒ <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻			
	乳房検査	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ ( <input type="checkbox"/> 1方向 <input type="checkbox"/> 2方向 ) <input type="checkbox"/> 乳房超音波検査			
	子宮検査	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診			
	その他オプション検査 (ご希望がありましたらご記入下さい)				

受領	連絡	入力

医療法人 福生会 斎藤労災病院  
 〒260-0005 千葉市中央区道場南1-12-7  
 TEL 043-227-7453  
 FAX 043-224-3004  
 健康管理センター 人間ドック