

宇部協立病院 健康診断 申込書

申込日 年 月 日

| | |
|------|-------------|
| ふりがな | |
| お名前 | 男・女 |
| 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | () |

希望の健診に○印をつけて下さい

| ○印 | 項目 | 内容 |
|----|-----------------|---------------------|
| | 特定健診 後期高齢者健診 | 身体測定、採血、心電図、診察 |
| | 肺がん検診 | 胸部レントゲン検査 |
| | 胃がん検診 | 胃部レントゲン検査、胃内視鏡検査 |
| | 大腸がん検診 | 便潜血2日法 |
| | 乳がん検診 | 乳房触診・マンモグラフィ(40歳以上) |
| | 骨粗鬆症検診 | 手指レントゲン検査 |
| | その他 | () |

第1希望日 : 月 日

第2希望日 : 月 日

※出来るだけ希望日の1週間前までにお出し下さい。

※受診日は担当者から連絡して調整させていただきます。



ご予約のお申し込み・お問い合わせ

TEL 0836-33-6111 宇部協立病院

FAX 0836-33-2277 (健産科)