

健康診断申込者名簿
協会けんぽ以外、その他健診用

事業者名

担当者名

電話番号

FAX番号

太枠の中をご記入ください

胃カメラ検査で病理組織検査を実施した場合保険診療となります

ID	No	希望日		(フリガナ)氏名	性別	生年月日	健診コース ※1	胃の検診	その他 オプション	備考欄
		第1希望	第2希望							
組一	1	/	/	()	男	昭和・平成	<input type="checkbox"/> 福島生協人間ドック <input type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 深夜業務検診 <input type="checkbox"/> その他 [()]	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム 市 他	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 市 他 <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 便潜血	()
		()	()		女	年 月 日				
組一	2	/	/	()	男	昭和・平成	<input type="checkbox"/> 福島生協人間ドック <input type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 深夜業務検診 <input type="checkbox"/> その他 [()]	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム 市 他	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 市 他 <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 便潜血	()
		()	()		女	年 月 日				
組一	3	/	/	()	男	昭和・平成	<input type="checkbox"/> 福島生協人間ドック <input type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 深夜業務検診 <input type="checkbox"/> その他 [()]	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム 市 他	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 市 他 <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 便潜血	()
		()	()		女	年 月 日				
組一	4	/	/	()	男	昭和・平成	<input type="checkbox"/> 福島生協人間ドック <input type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 深夜業務検診 <input type="checkbox"/> その他 [()]	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム 市 他	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 市 他 <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 便潜血	()
		()	()		女	年 月 日				
組一	5	/	/	()	男	昭和・平成	<input type="checkbox"/> 福島生協人間ドック <input type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 深夜業務検診 <input type="checkbox"/> その他 [()]	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム 市 他	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 市 他 <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 便潜血	()
		()	()		女	年 月 日				
組一	6	/	/	()	男	昭和・平成	<input type="checkbox"/> 福島生協人間ドック <input type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 深夜業務検診 <input type="checkbox"/> その他 [()]	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム 市 他	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 市 他 <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 便潜血	()
		()	()		女	年 月 日				
組一	7	/	/	()	男	昭和・平成	<input type="checkbox"/> 福島生協人間ドック <input type="checkbox"/> 法定健診 <input type="checkbox"/> 深夜業務検診 <input type="checkbox"/> その他 [()]	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム 市 他	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 市 他 <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 便潜血	()
		()	()		女	年 月 日				

※1 協会けんぽが実施している人間ドックとは別の、当院設定の人間ドックです。

健診センター記入欄

 電子カルテ 請求情報入力 TEL済(/) ご案内送付(/ チェック済()

申込書・受診者名簿は 当院 FAX 082-292-3225 メール kenshin@hch.coop まで