

《紫波地域診療センター・健康診断申込書 個人用》

FAX 019-676-5980

受付・電話 受付日/ 年 月 日

太枠の項目を記入し、診断書様式・依頼文書と一緒に送信してください。

登録番号		希望日	月	日	曜日
フリガナ お名前		受付時間	12:45~13:15		
旧姓()			※3月のみ12時30分~13時15分		
生年月日	S・H	年	月	日	歳
出来上がり予定日		日			
ご住所	市・町・村				
Tel					
内容	尿 ・ 胸部X線 ・ 心電図 ・ 血液検査 ・ 聴力 ・ 血沈 ・ ツパ ^レ ルクリン反応				
※診断書をFAXする場合は記入不要です					
備考					

《ご注意》

- ※当日は、診断書様式・依頼文書を持参し時間に遅れないようにお越しください。
- ※血液検査がある方は、朝ごはんは食べて頂いて構いませんが、その後は何も食わずにお越し下さい。
当日は、水・お茶等糖分を含まない水分の摂取は可能です。
- ※心電図検査がある方は、足首に電極を付けますのでストッキングなどの着用は避け、
着脱が簡単な服装でお越しください。
- ※ツパ^レルクリン反応検査がある方は、判定のために実施から48時間後の来院が必要です。
- ※診断書は受診日より土日祝日を除いた4日後からお渡しできます。
- ※診断書の郵送をご希望の方は、切手を貼り返信先の住所を記入した封筒をご用意ください。

この用紙を送信しただけでは、
申込は完了しません。
必ず希望日前日の正午までに
電話予約をお願いします。
電話019-676-3311
(平日8:30~17:00)
上記時間外の電話は中央病院へ転送されますので、受付できません。