

紫波地域診療センター <<健康診断 集団申込専用>>

受付・電話 受付日/ 年 月 日

FAX 019-676-5980

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。

施設名		TEL	
代表者名		担当者名	

①	登録番号		出来上がり予定日	日
フリガナ お名前		旧姓( )	ご希望日	月 日 曜日
生年月日	S・H	年 月 日 歳	受付時間	12:45~13:15 ※3月のみ12時30分~13時15分
ご住所	市・町・村			
内容	尿 ・ 胸部X線 ・ 心電図 ・ 血液検査 ・ 聴力 ・ 血沈 ・ ツェルカリン反応 ※診断書をFAXする場合は記入不要です			

②	登録番号		出来上がり予定日	日
フリガナ お名前		旧姓( )	ご希望日	月 日 曜日
生年月日	S・H	年 月 日 歳	受付時間	12:45~13:15 ※3月のみ12時30分~13時15分
ご住所	市・町・村			
内容	尿 ・ 胸部X線 ・ 心電図 ・ 血液検査 ・ 聴力 ・ 血沈 ・ ツェルカリン反応 ※診断書をFAXする場合は記入不要です			

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

④		登録番号	出来上がり予定日	日
フリガナ お名前		旧姓( )	ご希望日	月 日 曜日
生年月日	S・H	年 月 日 歳	受付時間	
ご住所			12:45~13:15	
			※3月のみ12時30分~13時15分	
TEL				
内容	尿 ・ 胸部X線 ・ 心電図 ・ 血液検査 ・ 聴力 ・ 血沈 ・ ヲルグリン反応			
※診断書をFAXする場合は記入不要です				

⑤		登録番号	出来上がり予定日	日
フリガナ お名前		旧姓( )	ご希望日	月 日 曜日
生年月日	S・H	年 月 日 歳	受付時間	
ご住所			12:45~13:15	
			※3月のみ12時30分~13時15分	
TEL				
内容	尿 ・ 胸部X線 ・ 心電図 ・ 血液検査 ・ 聴力 ・ 血沈 ・ ヲルグリン反応			
※診断書をFAXする場合は記入不要です				

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。

《 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。
- ※ヨルグ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。