

紫波地域診療センター《健康診断 集団申込専用》

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。

施設名		電話	
代表者名		担当者名	

①	登録番号		出来上がり予定日	日
性別	男性・女性		ご希望日	月 日 曜日
フリガナ			12:45~13:15	
お名前			受付時間	※3月のみ12時30分~13時15分
		旧姓()		
ご住所	〒	市・町・村	生年月日 S・H・R	年 月 日 歳
			電話	
内容	尿・胸部X線・心電図・血液検査・聴力・血沈・ツベルクリン反応			
	※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
性別	男性・女性		ご希望日	月 日 曜日
フリガナ			12:45~13:15	
お名前			受付時間	※3月のみ12時30分~13時15分
		旧姓()		
ご住所	〒	市・町・村	生年月日 S・H・R	年 月 日 歳
			電話	
内容	尿・胸部X線・心電図・血液検査・聴力・血沈・ツベルクリン反応			
	※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
性別	男性・女性		ご希望日	月 日 曜日
フリガナ			12:45~13:15	
お名前			受付時間	※3月のみ12時30分~13時15分
		旧姓()		
ご住所	〒	市・町・村	生年月日 S・H・R	年 月 日 歳
			電話	
内容	尿・胸部X線・心電図・血液検査・聴力・血沈・ツベルクリン反応			
	※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
性別	男性・女性	ご希望日	月 日 曜日
フリガナ		12:45～13:15	
お名前	旧姓()	受付時間	※3月のみ12時30分～13時15分
ご住所	〒 市・町・村	生年月日 S・H・R	年 月 日 歳
		電話	
内容	尿・胸部X線・心電図・血液検査・聴力・血沈・ツベルクリン反応 ※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
性別	男性・女性	ご希望日	月 日 曜日
フリガナ		12:45～13:15	
お名前	旧姓()	受付時間	※3月のみ12時30分～13時15分
ご住所	〒 市・町・村	生年月日 S・H・R	年 月 日 歳
		電話	
内容	尿・胸部X線・心電図・血液検査・聴力・血沈・ツベルクリン反応 ※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、その後は何も食べずにお越し下さい。
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。
- ※ツベ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。