

《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		出来上がり予定日	日
性別	男性 ・ 女性	希望日	月 日 曜日
フリガナ		受付時間 12:45～13:15 ※3月のみ12時30分～13時15分	
お名前	旧姓()		
生年月日	S・H・R 年 月 日 歳		
ご住所	〒 市・町・村		
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。		
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。

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。