

健康診断受診者名簿

行田協立診療所

〒361-0052 埼玉県行田市本丸18-3

TEL : 048-556-4581 (代表)

FAX : 048-556-8677

事業所名: _____

ご住所: 〒 _____

ご担当者名: _____

電話: _____

FAX: _____

E-mail: _____

健診コース	氏名 (敬称略)	性別	生年月日	年齢	住所	電話番号	オプション検査	健診希望日	希望時間	備考
1		男	T・S・H				大腸がん検査 胃部レントゲン検査 腹部エコー検査 前立腺がん検査			
		女								
2		男	T・S・H				大腸がん検査 胃部レントゲン検査 腹部エコー検査 前立腺がん検査			
		女								
3		男	T・S・H				大腸がん検査 胃部レントゲン検査 腹部エコー検査 前立腺がん検査			
		女								
4		男	T・S・H				大腸がん検査 胃部レントゲン検査 腹部エコー検査 前立腺がん検査			
		女								
5		男	T・S・H				大腸がん検査 胃部レントゲン検査 腹部エコー検査 前立腺がん検査			
		女								
6		男	T・S・H				大腸がん検査 胃部レントゲン検査 腹部エコー検査 前立腺がん検査			
		女								
7		男	T・S・H				大腸がん検査 胃部レントゲン検査 腹部エコー検査 前立腺がん検査			
		女								
8		男	T・S・H				大腸がん検査 胃部レントゲン検査 腹部エコー検査 前立腺がん検査			
		女								

【注意事項】

1. 年齢の欄は、平成27（2016）年3月31日現在の年齢を必ずお書きください
2. 問診票等健診グッズ及び健診結果表の送り先をご自宅にされた方は住所欄・電話番号欄のご記入をお願いします
3. 受診日は月～土曜日、8時30分～11時まで（30分刻み）となります（第2土曜日除く）
4. オプション検査は、ご希望の検査に○印をご記入ください
5. お希望に合わせた健康診断を承ります。まずはお電話をお願い致します。

問診票等健診グッズ及び健診結果表の送付先／事業所・自宅
 ※自宅に送る場合は住所と電話番号をご記入ください。事業所の場合は必要ありません。