

健康診断受付票

カルテ
NO

受診日	/ /	<input type="checkbox"/> 期限あり	お渡し 予定日	/ /
ふりがな				生 年 月 日
氏名				大正 昭和 平成 年 月 日
住所	〒 —			
電話番号	自宅			
	携帯			
メールアドレス				

健診コース名	<input type="checkbox"/> 基本健診 <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> 特定書式あり
オプション番号	

以下の質問にお答え願います。

① 確認等のご連絡先はどの方法がよろしいですか？

自宅 ・ 携帯電話 ・ メール ・ どれでも可

調整をかけさせていただきます。（ / ）までにご連絡させていただきます。

② 健診結果報告書のお渡し方法について。

来院 ・ 郵送 （ 上記住所 上記以外住所 ）

上記住所以外の場合の送付先：

③ 現在かかられている他の医療機関を、さしつかえなければご記入ください。

④ その他連絡事項等ございましたら下欄にご記入をお願い致します。