

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				
支払い 方法	<input type="checkbox"/> 個人窓口	<input type="checkbox"/> 後日振込	結果送付 方法	<input type="checkbox"/> 受診者宅 <input type="checkbox"/> 事業所

以下の質問にご回答をお願いします。

① 健診受診日の直近の体温を 度 分(月 日計測)
ご記入ください。

② 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 ・ 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。

③ 健診結果報告書のお渡し方法について。 ※結果報告書のお渡しについては、胸部X線のダブル読みの関係で2～3週間はかかりますのでご了承下さい。

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：

④ 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。

医療機関名：

⑤ 今後、千葉白井病院にかかりたいと思いますか？

はい ・ いいえ

◆ご記入ありがとうございます◆