

✿ ママさん健診 申込書 ✿

申込日	平成 年 月 日 曜日				
フリガナ氏名				過去受診	あり ・ なし
生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 日 (歳)			診察券ID	
住所	〒 東京都				
連絡先	電話番号 — —			E-mail	
お子さんについて (保育対象年齢 主に0歳~3歳)	フリガナ氏名				男・女
	生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)			
	フリガナ氏名				男・女
	生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)			
ご希望の健診日	第一希望	平成 30 年 3 月 28 日			時 頃
	第二希望	平成 30 年 3 月 28 日			時 頃
オプション検査の希望	あり (以下の項目に○をお付けください) ・ なし				
腹部検査	腹部超音波	2,500 円	肺がん検査	肺 CT	9,000 円
	腹部 CT	9,000 円		喀痰細胞診	1,500 円
胃の検査	胃内視鏡	6,000 円	動脈硬化	眼底	800 円
	胃透視	6,000 円		フォルム	600 円
	ABC 検診	3,500 円	骨粗鬆症	骨密度	1,000 円
大腸検査	大腸内視鏡	10,000 円			円
	大腸透視	7,000 円			円
	便潜血	1,000 円			円
基本健診	組合員健診	6,000 円	基本健診+オプション検査		円

申込先 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 健診センター
 TEL 03-3911-2722
 FAX 03-6903-3063
 E-Mail kenshin@fureaico-op.com

健診センター使用欄

案内 (窓口・郵送)	結果発送日	申し込みのきっかけ
		東都・診療所・子育て教室