

特定健診・がん検診 申込書

クローバーホスピタル
健診推進室 行き

〒251-0025 藤沢市鵜沼石上 3-3-6
FAX 番号 0466-22-7112
(おかけ間違いのないようお願い致します。)

お名前		電話番号	
年齢		歳	

希望日	月	日	9時台	・	10時台	・	11時台
-----	---	---	-----	---	------	---	------

希望の検診項目に○印をお付け下さい。

特定健診	身体測定、血圧測定、血液検査、尿検査
肺がん検診	胸部レントゲン撮影。喀痰検査(実施条件有り)
大腸がん検診	便を2日間採取頂き、潜血反応を調べます。
胃がん検診	バリウム検査。前日夜9時以降絶食です。
前立腺がん検診	PSA値を測る血液検査。
肝炎ウイルス検査	B型、C型肝炎の抗体を調べる血液検査。

お申込み後、担当より確認のお電話をさせていただきます。

その後、下記の予約受付票、及びがん検診問診票等をお送り致します。

1週間経過しても連絡がなかった場合、お手数ですがご連絡くださいます様お願い致します。

----- キリトリ線 -----

特定健診・がん検診 予約受付票

_____様 (登録番号 : _____)

_____ 検診を以下の日時に、承りました。

予約時間 月 日 () : ~ :

上記時間内に受付をお済ませ下さい。

当日お持ち頂く物や注意事項につきましては、別紙をご参照ください。