

健康診断予約申込書

FAX送信先：0776-33-1181

医療法人 雄久会 奥村病院

〒918-8104 福井市板垣5丁目201 TEL. 0776-33-1500

(病院記入)

登録	案内	医事	台帳
----	----	----	----

(2024-3-22)

事業所名	ご担当者名		
事業所住所	〒 -	TEL	FAX

保険者番号	保険証記号	加入健康保険者名称
-------	-------	-----------

- ☆ 健診コースがご不明な場合は、一度ご相談ください
- ☆ 胃カメラ検査は受入数に制限があり、ご希望に添えない場合があります
- ☆ 乳がん・子宮がん検査は他機関での受診となります

①	保険証番号	受診者名 (上段：フリガナ)	性別	生年月日	年齢	健診コース	受診希望月		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> その他	第1希望 月	第2希望 月	<input type="checkbox"/> いつでも可
※ 協会けんぽの場合 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 【胃部検査】 <input type="checkbox"/> 胃透視 (バリウム) 検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 (経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 (経口) <input type="checkbox"/> 検査なし (治療中等により)									
【婦人科検査】 <input type="checkbox"/> 乳がん検査 <input type="checkbox"/> 子宮がん検査			備考 (追加検査等)	(病院記入)			予約確定日	年 月 日	ID

②	保険証番号	受診者名 (上段：フリガナ)	性別	生年月日	年齢	健診コース	受診希望月		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> その他	第1希望 月	第2希望 月	<input type="checkbox"/> いつでも可
※ 協会けんぽの場合 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 【胃部検査】 <input type="checkbox"/> 胃透視 (バリウム) 検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 (経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 (経口) <input type="checkbox"/> 検査なし (治療中等により)									
【婦人科検査】 <input type="checkbox"/> 乳がん検査 <input type="checkbox"/> 子宮がん検査			備考 (追加検査等)	(病院記入)			予約確定日	年 月 日	ID

③	保険証番号	受診者名 (上段：フリガナ)	性別	生年月日	年齢	健診コース	受診希望月		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> その他	第1希望 月	第2希望 月	<input type="checkbox"/> いつでも可
※ 協会けんぽの場合 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 【胃部検査】 <input type="checkbox"/> 胃透視 (バリウム) 検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 (経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 (経口) <input type="checkbox"/> 検査なし (治療中等により)									
【婦人科検査】 <input type="checkbox"/> 乳がん検査 <input type="checkbox"/> 子宮がん検査			備考 (追加検査等)	(病院記入)			予約確定日	年 月 日	ID

④	保険証番号	受診者名 (上段：フリガナ)	性別	生年月日	年齢	健診コース	受診希望月		
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> その他	第1希望 月	第2希望 月	<input type="checkbox"/> いつでも可
※ 協会けんぽの場合 <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 【胃部検査】 <input type="checkbox"/> 胃透視 (バリウム) 検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 (経鼻) <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査 (経口) <input type="checkbox"/> 検査なし (治療中等により)									
【婦人科検査】 <input type="checkbox"/> 乳がん検査 <input type="checkbox"/> 子宮がん検査			備考 (追加検査等)	(病院記入)			予約確定日	年 月 日	ID