

# F A X 予 約 申 込 書 (大腸内視鏡検査)

【 FAX : 052-621-0310】

令和 年 月 日

受診者

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 様

性別 男 ・ 女

生年月日 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

とどろきクリニックへの受診歴 ( あり ・ なし )、診察券 ( あり ・ なし )

検 査 希 望 日 ( 金曜日 AM のみ) 至急など金曜日以外はお電話にて日程調整致します

1. 令和 年 月 日 AM11:30～
2. 令和 年 月 日 AM11:30～
3. 令和 年 月 日 AM11:30～

検 査 目 的

- 1、健診異常で二次検査希望
- 2、健康診断希望
- 3、その他 ( 自他覚症状など : \_\_\_\_\_ )

検査希望日の1週間前までにお申し込みください。下剤など前処置ご説明のため当院への検査前受診が必要です。折り返し予約票および検査案内をFAX返信致します(10分以内)。

お 申 し 込 み 先 : とどろきクリニック

F A X : 052-621-0310

電 話 : 052-621-0807