

# F A X 予 約 申 込 書 (胃内視鏡検査)

【 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 | AM9:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ |
| 2. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM9:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ |
| 3. | 令和 | 年 | 月 | 日 | AM9:30～ | ・ | AM10:30～ | ・ |

検査目的

- 1、名古屋市胃がん検診      2、健診異常で二次検査希望      3、健康診断希望  
4、その他 ( 自覚症状 : \_\_\_\_\_ )

1. 検査希望日の1週間前までにお申し込みください。
2. 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