



# 医療法人知音会 四条烏丸クリニック

## FAX 075-241-3588

受診者ID	カナ氏名 <必須>	
	漢字氏名 <必須>	
住所 <必須>	〒	
電話番号 <必須>	連絡先1(自宅)	
	連絡先2( )	
性別<必須>	男性	女性
生年月日<必須>	昭和	年 月 日 ( 歳 )
健康保険証 被保険者情報 <必須>	記号	番号
	保険者番号	区分 本人 ・ 家族
	有効期限	年 月 日
特定健康診査受診券 整理番号(11桁)<必須>		
受診日 <必須>	●日にちで希望 (必ず第3希望までご記入ください)	
	第1希望: 年 月 日 ( )	●曜日で希望 (ご希望曜日に○印) 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
	第2希望: 年 月 日 ( )	●月で希望 (ご希望の月をご記入ください) 月を希望
第3希望: 年 月 日 ( )	●時間帯の希望 (ご希望の時間に○印) 午前 ・ 午後 ・ どちらでも可	

※設備等の関係で1日の受診者数に制限があり、時間帯などご希望に添えないこともございますのであらかじめご了承下さい。

受診コース	国保組合指定コース ・ その他( )		
胃検査 (ご希望に○印)	胃透視 (バリウム)	経口胃カメラ ・ 経鼻胃カメラ ※胃カメラ差額料金 5,500円	胃検査なし
婦人科検査 (コース内含む) (ご希望に○印)	希望する		希望しない
乳がん(有料) (ご希望に○印)	マンモグラフィ	50歳未満2方向 5,500円 50歳以上1方向 4,400円	希望する ・ 希望しない
	乳房エコー	5,500円	希望する ・ 希望しない

備考	
予約結果連絡先 FAX番号<必須>	<input type="checkbox"/> 予約結果のFAX受信不可

※予約が完了した場合は、原則FAXで予約日をご連絡いたします。混雑状況によりご連絡が遅れる場合がございます。数日経っても連絡が無い場合は、お手数ですがご連絡下さいますようお願い申し上げます。

現在74歳の方へ：満75歳の誕生日以降、後期高齢者医療制度の被保険者となりますので、後期高齢者医療指定コース(京都市内在住)をお申込み下さい。

※上記内容は、ご受診のコースにより回答が不要な項目もございます。おわかりの範囲でご記入下さい

【！】特定保健指導のみの受診希望の方の受診はお伺いできかねますのでご注意ください【！】