



婦人科検診申込書

氏名 (フリガナ)	住所	生年月日	性別	電話番号
	〒 -	T S H 年 月 日	男 女	固定 () 携帯 ()

予約希望日			予約確定日(医療機関記入)
第1希望	第2希望	第3希望	月 日 ()
月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	

◎検査お申込みの際の注意事項

- ・マンモグラフィは、1方向か2方向のどちらか1つを選択してください。
- ・マンモグラフィと乳腺超音波検査は両方お申し込みいただけます。

※希望されるものに○を記入してください

<input type="checkbox"/>	1方向 マンモグラフィ (触診なし)	}	「1方向」、「2方向」のどちらかを選択してください。
<input type="checkbox"/>	2方向 マンモグラフィ (触診なし)		
<input type="checkbox"/>	乳腺超音波検査	}	「マンモグラフィ」と「乳腺超音波」は両方、申し込めます。
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検査		
<input type="checkbox"/>	卵巣がん腫瘍マーカー		



ご不明な点がございましたら下記まで連絡をお願いします。

<お問い合わせ先> 瀬戸内市民病院 健康管理センター

TEL : 0869-22-1234 (代表)

