



婦人科検診申込書

氏 名	住 所	生年月日	性別	電 話 番 号
(フリガナ)	〒 -	T S H 年 月 日	男	固定 ()
			女	携帯 ()

予約希望日		
第1希望	第2希望	第3希望
月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()

予約確定日(医療機関記入)
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

	1方向 マンモグラフィ（触診なし）
	2方向 マンモグラフィ（触診なし）
	乳腺超音波検査
	子宮頸がん検査
	卵巣がん腫瘍マーカー

- } 「1方向」、「2方向」のどちらかを選択してください。
- } 「マンモグラフィ」と「乳腺超音波」は両方、申し込めます。



ご不明な点があり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）

