



婦人科検診申込書

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

| | |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1方向 マンモグラフィ (触診なし) |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> | 子宮頸がん検査 |
| <input type="checkbox"/> | 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。



<お問い合わせ・ご予約> 瀬戸内市民病院 健康管理センター
TEL : 0869-22-1234 (代表)

