



医療法人知音会 御池クリニック

FAX 075-823-3070

| | | | | | | |
|--|---|--------------------|--------------------|--------|---------|---|
| 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 | | | | | |
| 生年月日<必須> | 年 | | 月 | | 日 (歳) | |
| 健康保険証 被保険者情報 <必須> | 被保険者番号 | | | | | |
| | 保険者番号 | 3 | 9 | 2 | 6 | |
| | 有効期限 | 年 | | 月 | | 日 |
| 受診希望日 <必須> | 第1希望 | 月 日 () | | 第4希望 | 月 日 () | |
| | 第2希望 | 月 日 () | | 第5希望 | 月 日 () | |
| | 第3希望 | 月 日 () | | 第6希望 | 月 日 () | |
| 受診コース <必須> (いずれかに○をつけて下さい) ※○印の記入がない場合、 後期高齢者医療保険ご契約 コースとさせていただきます | 後期高齢者医療保険ご契約コース 男性: 30,300円 | | | | | |
| | プレミアムコース 男性: 82,000円 (頭部MRI・MRA、胸部CTなどを追加したグレードアップコースです) | | | | | |
| 胃部検査<必須> (いずれかに○をつけて下さい) | バリウム | 経口カメラ (+5,500円) | 経鼻カメラ (+5,500円) | 胃部検査不要 | | |
| 備考 | | | | | | |
| 【予約結果連絡先】 ※予約結果のFAX受信 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | | | | | |
| FAX番号 <必須> | | | 日中繋がりのやすい電話番号 | | | |

※設備等の関係で1日の受診者数に制限があり、ご希望に添えない事もございます。予めご了承ください。
 ※予約の受付が完了した場合は、原則FAXにて7月1日以降に予約日をご連絡いたします。
 3日以内に連絡がない場合は、お手数ですがご連絡くださいますようお願い申し上げます。