滋賀県立総合病院　ドック　申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  |
| お名前 | 姓 | 名 |
| 性　別 | 男　　・　　女 | 年　齢 | 満 　　　　　 歳 |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　所 | 〒　　　　－　　　　県　　　　　　　　市　　　　　　 |
| 電話番号※平日の9～17時に連絡がつく番号を記入ください。 | 自　　宅　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　　 |
| 携帯電話　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　　 |
| 過去に滋賀県立総合病院を受診したことがありますか？ | ない　　・　ある |
| ※前問で「ある」とお答えの方で、滋賀県立総合病院の診察券をお持ちの場合は登録Noをご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | ― | 　 | 　 | 　 | 　 | ― | 　 |

 |
| 受診を希望されるドックに○をつけて、希望日をご記入ください |
|  | 脳ドック（毎週水曜日） | 第１希望日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 第２希望日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 乳腺ドック（毎週木曜日） | 第１希望日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 第２希望日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 前立腺ドック（毎週火・木曜日） | 第１希望日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 第２希望日　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 連絡事項等　　（例：電話連絡は12時～13時を希望など） |
|  |
|  |

**※ドックを希望される日の当院での外来受診は、健康保険の使用ができませんので、全額自費となりますのでご注意ください。**

申込書をＦＡＸで送付いただく場合は、くれぐれも番号をお間違いのないようご注意ください。

　　　　**ＦＡＸ番号　　０７７－５８２－９７０９**