



医療法人知音会 御池クリニック レディースプラザ
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>	女性					
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 女性:34,590円					
	プレミアムコース 女性: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		
婦人科検査(子宮頸部細胞診) (ご希望に○印)	希望する			希望しない		
乳がん検査 (ご希望に○印)	マンモグラフィ(1方向)	4,400円	希望する ・ 希望しない			
	乳房エコー	5,500円	希望する ・ 希望しない			

※プレミアムコースは乳がん検査(マンモグラフィまたは乳房エコーどちらか一方選択制)がコース内に含まれておりますので上記料金は不要です。ご希望の記入のない場合はマンモグラフィになります。両方受診される場合はマンモグラフィの料金は自己負担となります。

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にて予約開始日の7月1日以降に予約日をご連絡いたします。
 7営業日以内に連絡がない場合は当クリニックにお電話をお願いいたします。