三宅おおふくクリニック

人間ドック予約申込書

ご予約が確定しましたら、**お電話にてご連絡**させていただきます。

お申込み日	令和　　年　　月　　日
今までに三宅おおふくクリニックでの受診	ある（カルテ ＩＤ：　　）・ ない
（ふりがな） お 名 前	
性別	男 ・ 女
生年月日	Ｓ ・ Ｈ　　年　　月　　日（満　　歳）
ご住所	〒 市 郡 ＊マンション・コーポ名　部屋番号までご記入ください。
お電話番号	ご自宅（　　）　－ 携帯（　　）　－ ＊当院から予約確定等のご連絡をさせて頂きます。 ※日中連絡が取れる番号をご記入ください。

ご希望のドックコース	☐ ベーシックドック	☐ セレクトドック	☐ 脳ドック
ご希望のセットオプション	☐ セット ＶＩＰ ☐ セット Ａ ☐ セット Ｂ ☐ セット Ｃ （女性のみ）	☐ セット ＶＩＰ ☐ セット Ａ ☐ セット Ｂ ☐ セット Ｃ （女性のみ）	☐ セット Ａ ☐ セット Ｂ ☐ セット Ｃ （女性のみ）
胃 部 検 査	胃カメラに変更しますか？ はい ・ いいえ	【 備 考 欄 】上記セットオプション以外のオプション検査や要望がありましたらご記入ください。	
食事アレルギーの有無	なし ・ あり （　　）		

ご希望日

申込日より10日以降の希望日を第3希望までご記入ください。

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

◇毎週水曜日はレディース健診日（女性のみ）

婦人科・乳腺外科・甲状腺外科・内科・脳神経外科・泌尿器科・人間ドック・健康診断

三宅おおふくクリニック
〒 701-0204　岡山市南区大福393－1
予約FAX：086－737－3021