

カルテ NO.											記入日 年 月 日
フリガナ											性別
氏名											男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 平成 ・ 令和										()歳
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
連絡先	ご自宅 () -										
	携帯 () -										
受診希望日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第1希望日 令和 年 月 日 () 8:30 受付 ・ 第2希望日 令和 年 月 日 () 8:30 受付 ・ 第3希望日 令和 年 月 日 () 8:30 受付 ◆ ご希望の日が定員に達しているか確認して、日程をご案内致します。 ◆ 月～金曜日 朝8:40からの検査を予定。 ◆ 検査当日は水だけで朝の食事はしないでご来院下さい。 ◆ 健康保険証を当日、ご持参ください。 										
希望の健康診断	<input type="checkbox"/> 法令定期基本健康診断(39歳迄、35歳除く) 7,700円(文書料7,000+消費税700円) <input type="checkbox"/> 法令定期基本健康診断(35歳及び40歳以上・採用時健診) 9,900円(文書料9,000+消費税900円) <input type="checkbox"/> その他(上記以外の健康診断の場合、追加項目が発生した場合は、追加検査料金を頂きます。)										
受診歴	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 当院の受診歴はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ◆ 湘南鎌倉総合病院や葉山ハートセンターなどの受診歴はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 										
企業・会社	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 会社の従業員様の健康診断を行いたい場合、会計を後日数名分まとめて請求させて頂き入金後に結果を郵送させて頂く事も出来ますので、ご相談下さい。 										