



# 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。  
 7営業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。