



# 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)	後期高齢者医療保険ご契約コース						
	男性: 30,299円						
※○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	プレミアムコース 男性: 89,600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				

※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。  
5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。