

人間ドック受付票( 一般 ・ 友の会 )

受付日 年 月 日

受付者:

住所 〒 -	電話 ( )
	携帯 ( )

氏名		生年月日	保険証 記号・番号 *胃カメラある場合必須
フリガナ	男 ・ 女	S ・ H 年 月 日 ( 歳 )	記号番号 24-
			保険者番号

受診歴	処方歴(現在服用しているお薬があればご記入ください)

★上記太枠内をご記入の上、FAXにてお送りください。

## 八王子共立診療所

〒192-0082 東京都八王子市東町 2-3

【電話】042-639-7624(健診直通) 【FAX】042-639-7631

備考