

## 高井戸東健診クリニック 婦人科・乳腺科の予約（一般・区民）

お名前	生年月日	年	月	日生
_____				
ご連絡先	F A X*			
	電話（昼間連絡がつく番号）			

\*原則として5日以内にF A Xで、返信します。職場やコンビニからのF A X送信で、F A X返信ができない場合はご連絡先の「F A X」に×をつけてください。

当クリニック受診ははじめてですか？（該当の番号に○してください）

- はじめて受診する（・紹介状や他の医療機関の検診結果あり ・紹介状なし）
- 受診希望以外の科には受診したことがある。
- 受診希望の科に受診したことがある。  
2. 3. の方、診察券番号（No. \_\_\_\_\_）

受診希望日時と科（第3希望まで記載してください。3ヶ月前から予約可能。

希望の科と受診の理由に○してください。両科同日受診もできます。）

①西暦	年	月	日	（午前・午後・どちらでもよい）
②西暦	年	月	日	（午前・午後・どちらでもよい）
③西暦	年	月	日	（午前・午後・どちらでもよい）
・ 婦人科			・ 乳腺科	
<ul style="list-style-type: none"> <li>区民検診や区民クーポン検診 お持ちの受診票やシールは</li> <li>杉並区子宮頸がん検診（クーポンなし・あり）</li> <li>中野区子宮がん検診（クーポンなし・あり）</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>区民検診や区民クーポン検診 お持ちの受診票やシールは</li> <li>杉並区乳がん検診（クーポンなし・あり）</li> <li>中野区乳がん検診（クーポンなし・あり）</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>経過観察 カ月後</li> <li>精密検査（2日間予約**・1日予約）</li> <li>症状がある</li> <li>処方</li> <li>その他</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>経過観察 カ月後</li> <li>精密検査（1日予約）</li> <li>症状がある</li> <li>処方</li> <li>その他</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>健康管理目的のがん検診（健保適応外）</li> </ul> 検診コースの3桁のコード番号がわかる場合は記入してください。			<ul style="list-style-type: none"> <li>健康管理目的のがん検診（健保適応外）</li> </ul> 検診コースの3桁のコード番号がわかる場合は記入してください。	

\*\*2日間予約の場合は、2日間の1日目を受診希望日に書いてください。

火・水、 木・金、 木・金 のいずれかです。

（クリニック使用欄） 以下の日時にて予約確定とさせていただきます。				
当日は、受付にこちらの用紙、健康保険証をご持参ください。				
婦人科				
	月	日	時	分
乳腺科				
	月	日	時	分

予約専用F A X 03-5346-7604 予約専用電話 03-3331-6823

※電話番号・F A X番号が変わりました。変更登録をお願いします。