

滋賀県立総合病院 ドック 申込書

フリガナ			
お名前	姓	名	
性 別	男 ・ 女	年 齢	満 歳
生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
住 所	〒 ー 県 市		
電話番号 ※平日の9～17時に連絡がつく番号を記入ください。	自 宅	ー	ー
	携帯電話	ー	ー
過去に滋賀県立総合病院を受診したことがありますか？		ない ・ ある	
※前問で「ある」とお答えの方で、滋賀県立総合病院の診察券をお持ちの場合は登録 No をご記入ください ー ー			
受診を希望されるドックに○をつけて、希望日をご記入ください			
		脳ドック (毎週水曜日)	第1希望日 年 月 日 第2希望日 年 月 日
		第1希望日 年 月 日 第2希望日 年 月 日	
A 3-3	B 3-3	乳腺ドック (毎週木曜日)	第1希望日 年 月 日
C 3-3	第2希望日 年 月 日		
A 3-3	B 3-3	前立腺ドック (毎週火・木曜日)	第1希望日 年 月 日
			第2希望日 年 月 日
結果報告書が必要な方は別途 2,200 円でお受けします (該当するものに○印をお付けください)			
	必要	不要	検討中 (結果説明時に医師にお伝えください)
連絡事項等 (例: 電話連絡は 12 時～13 時を希望など)			

※ドックを希望される日の当院での外来受診は、健康保険の使用ができませんので、全額自費となりますのでご注意ください。



申込書を F A X で送付いただく場合は、くれぐれも番号をお間違いのないようご注意ください。

FAX番号 077-582-9709