

2023(令5)年度 松原市胃がん検診申し込み用紙

| | | | | | |
|---------|-------|--|----------------|--|---|
| フリガナ | | | 診察券番号 | | |
| 氏名 | | | 生年月日 年齢 | | 才 |
| 住所 | | | 電話 | | |
| 日中連絡先 | | | 電話 携帯 | | |
| メールアドレス | | | FAX | | |
| 医療保険 | 保険者番号 | | 保険者名称 (組合名) | | |
| | 記号 | | 番号 | | |

希望日・希望曜日等をご記入ください

| | |
|-----------------------|----------------|
| いつでもいい (最短) | 日付指定あり(年 月 日) |
| いつでもいい (月頃) | 日付指定あり(年 月 日) |
| 曜日指定あり(月・火・水・木・金・土) | 日付指定あり(年 月 日) |

| | |
|-----------------------------------|--------|
| 松原市胃がん検診(胃カメラ検査):30歳以上の西暦奇数年生まれの方 | 料金(税込) |
| 経口 | ¥1,000 |
| 経鼻 | ¥1,000 |

- ・鎮静薬は使用いたしません。
- ・抗血栓薬を2種類以上内服されている方
『経鼻カメラ』『生検(精密検査)』は受診出来ません。
- ・松原市胃がん検診対象外になる方
現在『胃の病気(消化性潰瘍など)治療中』または『ピロリ菌除菌治療中』の方
今年度松原市の『胃バリウム検査』を受診された方
- ・キャンセル・変更等は、お早めにご連絡ください。