

2022(令4)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		

(上記の印字内容については、現在の登録内容です。訂正がある場合は二重線にて訂正をお願いいたします。)

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歳以上の西暦偶数年生まれの方		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。