# 特別室を利用した1泊2日人間ドック申込書

申込日:令和　　年　　月　　日

❶過去に愛知医科大学病院に受診されたことがあるか、ご記入ください。

| 受診したことが | ある　・　ない | 人間ドックでの受診が | ある　・　ない |
|---|---|---|---|

❷受診希望者のご連絡先をご記入ください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ご本人 | フリガナ | | | | 性　別 |
| | 氏　名 | | | | 男　・　女 |
| | 生年月日 | 大正　・　昭和　・　平成　　年　　月　　日 | | 年　齢 | 歳 |
| | 現住所 | 〒　　－<br><br>住宅がマンション等の場合はその名称・号室までご記入ください。 | | | TEL　（　　）　　－<br>携　帯　（　　）　　－ |

❸今回のドック入院中に緊急連絡が必要となった場合は、下記の家族へ連絡いたします。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ご家族 | フリガナ | | | 性　別 |
| | 氏　名 | | | 男　・　女 |
| | 現住所 | 〒　　－<br><br>住宅がマンション等の場合はその名称・号室までご記入ください。 | | 家族Tel　（　　）　　－<br>家族携帯　（　　）　　－ |
| | 本人との続　柄 | □配偶者　□父母　□子　□兄弟・姉妹　□その他（　　） | | |

❹ご希望の受診日をご記入ください。（毎週月曜日・第3木曜日のみ） 祝日、年末年始12／29～1／3を除く

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第一希望 | 令和 | 年 | 月 | 日 | （ | 曜日） |
| 第二希望 | 令和 | 年 | 月 | 日 | （ | 曜日） |
| 第三希望 | 令和 | 年 | 月 | 日 | （ | 曜日） |

ご希望の2週間前までに、「人間ドック申込書」を入退院支援センターまで

FAX　0561-63-1285　にてお申込みください。

受付後、受診日等連絡いたします。

**お問い合わせ**　14階特別病棟　☎ 代表 0561-62-3311（内線33405）

月～金曜　平日9:30～11:00 14:30～16:30

特定機能病院
愛知医科大学病院
Aichi Medical University Hospital

〒480-1195
愛知県長久手市岩作雁又1番地1

| 事務記入欄 | ID | | | | | | | | － | | 確認日 | ／ | 確認印 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|