

生活習慣病予防健診申込書〈個人様用〉

送信日: 年 月 日

ご発信元		返信先のご指定	
お名前	様	FAX	— — 〔職場・自宅・その他: 〕
TEL	— —	E-mail	〔職場・自宅・その他: 〕
会社名		<input type="checkbox"/> いずれか、ご希望の返信先をご記入ください <input type="checkbox"/> 会社名、会社TELも必ずご記入ください	
会社TEL	— —	本紙を含み 枚	

件名: 生活習慣病予防健診（協会けんぽ）の申込み

ご記入のうえ、FAXまたはメールへ添付してお送りください。

ふりがな		診察券番号	
氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
現住所	〒 <small>(注) 事前に問診表、便検査のキットをお送りします。上記以外への送付をご希望の場合は『ご連絡事項など』欄へご記入ください。</small>		
検査内容	<input type="checkbox"/> 一般健診 <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: inline-block; margin: 0 5px;">胃の検査方法を選択してください</div> <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> バリウム検査 <input type="checkbox"/> 不要		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独健診) <input type="checkbox"/> 付加健診※ <input type="checkbox"/> 乳がん検診※ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診※ <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査※ <small>※印の検査は、一般健診に追加して受診する健診です。単独での受診できません。</small>		
オプション	追加のオプション検査をご希望の場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診オプション(エコー) <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検査(PSA) <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 (注: 胃カメラ検査を受ける方は不要です)		
希望日	<small>〈注〉2週間以上(子宮がん検診をご希望の場合は1ヶ月以上)の余裕を持った日程をご記入ください。</small>		
	第1希望日	年 月 日 ()	の午前中
	第2希望日	年 月 日 ()	
第3希望日	年 月 日 ()		
ご連絡事項など	<small>※送付先が現住所と異なる場合は、送付先住所をここへご記入ください。</small>		