

# 健康診断申込書(個人用)

【申込年月日:平成 年 月 日】

フリガナ		性別	大・昭・平		
氏名		男・女	生年月日	年	月 日
住所	〒 - (電話番号 - - ) (FAX - - )				
保険者	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 組合保険 <input type="checkbox"/> その他【 】				
保険証記号・番号	-	保険証種別	本人・扶養		

事業所	事業所名				
	住所	〒 - (電話番号 - - ) (FAX - - )			

健診希望日	第一希望	平成 年 月 日	第二希望	平成 年 月 日
-------	------	----------	------	----------

※ご希望の健診コース、オプション検査の□欄にチェックを入れてください。

健診コース	<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック <input type="checkbox"/> 胃カメラ希望【経口・経鼻】 <input type="checkbox"/> バリウム希望		
	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 (一般健診・付加健診・乳がん検診・子宮がん検診) <input type="checkbox"/> 胃カメラ希望【経口・経鼻】 <input type="checkbox"/> バリウム希望		
	<input type="checkbox"/> 簡易健診A		
	<input type="checkbox"/> 簡易健診B		
	<input type="checkbox"/> 脳ドック(毎週水曜日または木曜日)		
	<input type="checkbox"/> 若年健診		
	<input type="checkbox"/> 特定健康診査(後期高齢者健康診査)		
	<input type="checkbox"/> レディース健診(毎月最終木曜日)		
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診単独		
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診単独		
オプション	<input type="checkbox"/> その他【 】		
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺検査	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィのみ)
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 貧血検査	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ+触診)
	<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査	<input type="checkbox"/> 脳MRI検査	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診(細胞診)
	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診(細胞診+超音波)
	<input type="checkbox"/> 心機能検査	<input type="checkbox"/> CA19-9	
	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査	<input type="checkbox"/> CEA+CA19-9	
	<input type="checkbox"/> ピロリ菌検査	<input type="checkbox"/> PSA	
連絡欄			

FAX送信先 : 0143(84)3206

JCHO 登別病院 健康センター 行

