

送信日(必ずご記載ください)

(注意)表裏間違えないように送信ください

年 月 日

2023 (令和5) 年度 健康診断 個人専用申込用紙

| | | | | | |
|--------------------------------|-----|--------|------|----|-----|
| (フリガナ) 申込者氏名 | | 性別 | 生年月日 | | |
| () | | 男 | 昭和 | 平成 | |
| | | 女 | | 年 | 月 日 |
| 勤務先 | | 勤務先TEL | | | |
| 住所 | 〒 - | | | | |
| 日中連絡先電話番号・メールアドレス(※できれば携帯電話番号) | | | | | |

■健康保険・取扱代行機関情報 (対象の方だけご記載ください)

| | | | | | |
|--|----|--|----|--|--|
| <input type="checkbox"/> 代行機関名(イーウェル、ベネフィットワンなど) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ)任意継続の場合 | 記号 | | 番号 | | |
| <input type="checkbox"/> 保険者名 | 記号 | | 番号 | | |

■ご希望の健診コース(一つを○で囲んでください。*のついたコースは胃検査希望にも○をつけてください。)

| | | | |
|--|---------------------------------|------|-------|
| 一般健診 | 人間ドック | 脳ドック | 全身ドック |
| *胃検査希望 (口カメラ ・ 鼻カメラ ・ バリウム ・ 胃キャンセル) | | | |
| 基本健診 | 特定健診 (出雲市国保 ・ 協会けんぽ ・ その他()) | | |
| 後期高齢者健診 (出雲市・その他) | 乳がん検診(出雲市・雲南市・大田市・美郷町・その他()) | | |
| その他() | | | |

■オプション希望(希望があれば○で囲んでください)

| | | | | | |
|----------------------------------|-----------------|---------------|---------|--|----------|
| 追加セットF | 追加セットD | 動脈硬化セット | 頸動脈超音波 | 脳梗塞・心筋梗塞発症リスク (ロックスインデックス) | |
| 塩分摂取量 | 骨密度 | ステロール3分画 | 血圧脈波 | 頭部MRI | 前立腺(PSA) |
| 子宮頸がん(三原医院 ・ 佐藤クリニック ・ 佐藤産婦人科) | | | アレルギー検査 | 肺がんCT | |
| 乳がん(出雲・雲南・大田・美郷) | | ヘリコバクター・ピロリ抗体 | ペプシノゲン | 人工知能を用いた認知症リスク検査 ※脳ドック、全身ドック専用オプションです | |
| NEW | 腫瘍マーカーセットM(男性向) | | PSA | CEA | CA19-9 |
| | 腫瘍マーカーセットW(女性向) | | CA125 | | |

■受診希望日(～月ごろ、希望曜日等 指定日希望の場合は候補日を複数ご記入ください。)

| | | | | | |
|------|--|------|--|------|--|
| 第一希望 | | 第二希望 | | 第三希望 | |
|------|--|------|--|------|--|

(*ご記載不要です)

| | | | | | |
|------|------|--------|--------|--------|------|
| TEL受 | 日程調整 | 折り返し連絡 | システム入力 | システム確認 | 案内郵送 |
| | | | | | |