

健診申込書 (FAX送信用)

フリガナ						性 別			
氏 名						□ 男 □ 女			
生年月日・年齢		昭和・平成		年	月	日	満年齢 歳		
健診希望日		第一希望日		年 月 日					
		第二希望日		年 月 日					
自宅	住所	〒 —							
	電話番号	自宅 — —		携帯 — —					
保険証	保険者番号		記号		番号				
	加入者区分	被保険者 ・ 被扶養者		健康保険組合名					
勤務先	勤務先名								
	住所	〒 —							
	所属健保名			電話番号	— —				
支払方法		☐ 全額窓口 ☐ 会社請求 ☐ その他()							
健診希望	コース	☐ 日帰りドック		☐ メンズドック		☐ レディースドック			
		☐ 定期健康診断		☐ 生活習慣病予防健診		☐ 協会けんぽ生活習慣病予防健診			
		☐ 証明健康診断		記載がない健診については電話でお問い合わせください					
	検査項目 (オプション)	☐ 胃部X線検査	☐ ヘリコバクター・ピロリ抗体検査		☐ 大腸検査(便潜血)				
		☐ 腹部超音波検査	☐ 胸部CT検査		☐ 喀痰細胞診				
		☐ 腫瘍マーカー2項目(CEA+CA19-9)	☐ CA125		☐ PSA				
		☐ 甲状腺超音波検査	☐ 甲状腺ホルモン検査(FT4・TSH)		☐ LOX-index				
		☐ 頸動脈超音波検査	☐ 内臓脂肪CT検査		☐ 動脈硬化検査				
		☐ 歯科口腔健診	☐ 多項目唾液検査※1		☐ 肝炎ウイルス検査				
		☐ 眼科検査(眼底+眼圧+視野)	☐ 骨密度検査		☐ マンモグラフィ検査(40歳以上)				
		☐ 乳腺超音波検査	☐ 子宮頸がん検査※2		☐ 子宮頸がん検査+HPV検査※2				
		☐ MAST36アレルギー	☐ MCI(軽度認知障害)スクリーニング検査		☐ 睡眠時無呼吸症候群検査				
		☐ アミノインデックス(AICS)	☐ NT-proBNP		☐ 抗CCP抗体				
		☐ 尿中アルブミン(A/C比)	☐ M2BPGI		☐ 腸内フローラ検査				
		☐ 昼食(ドックはサービス)	☐		☐				
		ご連絡先※3		☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先					
		ご案内メール※4		☐ 希望する(携帯電話番号をご記入下さい) ☐ 希望しない					
		問診票・結果送付先		☐ 自宅 ☐ 勤務先					

※1 歯科口腔健診と合わせての受診となります。

※2 「女性の日」にのみ実施いたします。

※3 ご予約が完了しましたら問診票を発送いたします。

※4 「健診ご案内ショートメール」をご本人の携帯電話に事前に配信いたします。

健診決定日※3

年 月 日

■ 別紙「個人情報の取り扱いについて」をよくお読みのうえ、下記欄にチェックを入れてください。

「個人情報の取り扱いについて」の内容を読み、個人情報を利用することに

☐ 同意する☐ 同意しない