

健診申込書 (FAX送信用)

フリガナ						性 別		
氏 名						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	- -			
健診希望	コース	<input type="checkbox"/> 日帰りドック		<input type="checkbox"/> メンズドック		<input type="checkbox"/> レディースドック		
		<input type="checkbox"/> 早朝ファストドック		<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活習慣病予防健診		
		<input type="checkbox"/> 定期健康診断		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)	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査		<input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ抗体検査		<input type="checkbox"/> 大腸検査(便潜血)		
		<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査		<input type="checkbox"/> 胸部CT検査		<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診		
		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー2項目(CEA+CA19-9)		<input type="checkbox"/> CA125		<input type="checkbox"/> PSA		
		<input type="checkbox"/> 甲状腺検査セット(超音波+甲状腺ホルモン)		<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波検査		<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン検査(FT4・TSH)		
		<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波検査		<input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT検査		<input type="checkbox"/> 動脈硬化検査		
		<input type="checkbox"/> 若年者動脈硬化検査(50歳未満)		<input type="checkbox"/> LOX-index		<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査		
		<input type="checkbox"/> 歯科口腔健診		<input type="checkbox"/> 口腔がんスクリーニング検査※1		<input type="checkbox"/> 多項目唾液検査		
		<input type="checkbox"/> 眼科検査(眼底+眼圧+視野)		<input type="checkbox"/> 骨密度検査		<input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査(40歳以上)		
		<input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査※2		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査※3		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査+HPV検査※3		
		<input type="checkbox"/> MAST36アレルギー		<input type="checkbox"/> MCI(軽度認知障害)スクリーニング検査		<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群検査		
		<input type="checkbox"/> アミノインデックス(AICS)		<input type="checkbox"/> NT-proBNP		<input type="checkbox"/> 抗CCP抗体		
<input type="checkbox"/> 尿中アルブミン(A/C比)		<input type="checkbox"/> M2BPG \bar{t}		<input type="checkbox"/> 腸内フローラ検査				
<input type="checkbox"/> 昼食(ドックはサービス)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
ご連絡先※4		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		<input type="checkbox"/> 勤務先				
ご案内メール※5		<input type="checkbox"/> 希望する(携帯電話番号をご記入下さい)				<input type="checkbox"/> 希望しない		
問診票・結果送付先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先						

- ※1 歯科口腔健診と合わせての受診となります。
- ※2 月曜日又は水曜日に実施いたします。
- ※3 「女性の日」にのみ実施いたします。
- ※4 ご予約が完了しましたらご連絡します。
- ※5 「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※4
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