

千代田健診センター健康診査申込書

電話番号 03-3863-7761 F A X 番号 03-3866-2814

事業所記号

事業所名

担当者名

連絡先電話番号

健診ご案内の送付先住所

■健診種別【①半日人間ドック ②生活習慣病健診 ③一般健診】 ■受付時間【①8:30 ②9:00 ③9:30 ④10:00 ⑤13:00 ⑥13:30】

※下記の健診種別欄に ①～③ ・ 受付時間欄に ①～⑥ をご記入ください。

No.	健診年月日	番号	氏名	健診種別	受付時間	本人・家族	オプション検査項目	胃カメラ
1	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
2	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
3	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
4	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
5	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
6	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
7	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
8	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
9	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
10	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
11	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
12	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
13	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
14	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
15	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
16	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
17	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
18	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
19	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	
20	年 月 日 ()					本人・家族	腫瘍マーカー (肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・CEA・HCV) 子宮細胞診・ピロリ菌	

半日人間ドック・生活習慣病健診 申込書記入上の注意

下記の注意事項をご確認のうえ申込書をFAXしてください。

- 本人・家族の別及びオプション検査を希望する場合は該当するものに○をしてください。
- 健診種別（①半日人間ドック ②生活習慣病健診 ③一般健診）は①～③をご記入ください。
- 受付時間（①8：30 ②9：00 ③9：30 ④10：00 ⑤13：00 ⑥13：30）は①～⑥をご記入ください。
- 1日の予約枠は1事業所につき午前4名、午後4名の8名を限度とします。
（午前のご希望の受付時間に空きがない場合は、空きのある午前の受付時間枠に変更させていただきますので予めご了承ください）
- 受付時間の指定がない場合は、受付時間欄に午前・午後のいずれかをご記入ください。

（注1）健診日のみの枠取りをご希望される場合は、番号と氏名の記入は無記入でお申込みください。
（注2）オプション検査の子宮細胞診は自己採取法です。ピロリ菌は過去に検査を受けた方を除きます。
（注3）胃カメラ検査をご希望の方は、胃カメラ欄に○をしてください。時間帯は①～③を指定してください。
- CEA（大腸・肺等の腫瘍マーカー）は令和2年度よりオプション検査となります。
- 胃カメラ検査は、50歳以上で希望する方もしくは、前年度健診時に医師から指示がある方が対象となります。

既に医療機関で治療を受けている方等については、胃カメラ検査のご希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。

一般健康診査申込書記入上の注意

下記の注意事項をご確認のうえ申込書をFAXしてください。

- 受付時間（④10：00⑤13：00⑥13：30）は④～⑥をご記入ください。
- 1日の予約枠は1事業所につき午前4名、午後4名の8名を限度とします。

※健診日のみの枠取りをご希望される場合は、番号と氏名の記入は無記入でお申込みください。