千代田健診センター健康診査申込書

ＦＡＸ番号　03-3866-2814　**電話番号　03-3863-7761**

事業所記号

ご担当者様名

健診のご案内送付先住所　〒

事　業　所　名

連絡先電話番号

■健診の種別（半日人間ドック・生活習慣病健診・一般健診・特定健診）、本人・家族の別及びオプション検査・胃カメラを希望する場合は、該当する項目に☑をしてください。

※受付時間欄**（①8：30②9：00③9：30④10：00⑤13：00⑥13：30）**に①～⑥をご記入ください。**一般健診は④10：00⑤13：00⑥13：30の受付**になります。

※一日の予約枠の限度数は、各事業所ごとで午前3名、午後３名の６名を限度とします。

※受付時間の指定がない場合は、受付時間欄に午前または午後（AM・PM）のいずれかをご記入ください。

No.	保険証番号	氏　名	健診年月日				受付時間	健診の種別				続柄		オプション検査項目（腫瘍マーカー）					オプション検査項目			胃カメラ	
								☑してください						希望する場合は☑してください									
			年	月	日	曜日	①～⑥	ドック	生活	一般	特定	本人	家族	肝臓	膵臓	卵巣	前立腺	大腸	HCV抗体	子宮細胞診	ピロリ菌	経口	経鼻
例	000	東金　太郎	2024	1	5	金	①	☑	☐	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10								☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

（注1）事業所名での予約・枠取りを希望される場合は、保険証番号と氏名欄は無記入でお申込みください。**※胃カメラ検査のご予約は、事業所名での枠取りはできません。**

（注2）オプション検査項目について

※HCV抗体（C型肝炎）は、半日人間ドックの検査項目に含まれていますので、生活習慣病健診を受診する方のオプションとなります。

※子宮細胞診（自己採取法）は、生活習慣病健診（女性）の検査項目に含まれていますので、半日人間ドックを受診する女性の方のオプションとなります。

※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（年齢制限なし）をご希望の方は、胃カメラ欄（経口・経鼻）にレをしてください。※胃カメラ検査の追加の費用負担はありません。**

※経鼻検査は下記の方にはお勧め出来ません。

① 鼻腔が狭い方や鼻に病気のある方 (アレルギー性鼻炎、鼻中隔湾曲症など)　② 出血傾向・血液サラサラ内服中の方　③ 鼻痛・鼻血の出やすい方

※既に医療機関で治療・経過観察中の方・鎮静剤希望の方（眠る薬）、組織検査（生検）を希望する方は、かかりつけ医または近医での胃カメラ検査をお勧めします。

※当日、血圧測定で180/110mmＨｇ以上、体重が135kｇを超える方は、バリウム検査と胃カメラ検査が受けられませんのであらかじめご了承ください。

（注4）レディースタイム(女性を限定とする健診日)は、毎月第2週・第3週木曜日の午後に実施しています。**※医療スタッフには男性がおりますのであらかじめご了承ください。**