

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

事業所名 _____

ご担当者様名 _____

連絡先電話番号 (_____) _____

健診のご案内送付先住所 〒 -

- 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 ①～⑥ | 健診の種別 | | | | 本人 | 家族 | オプション検査項目 希望する場合は、検査項目を○で囲んでください | 胃カメラ (口) | 胃カメラ (鼻) |
|-----|-------|----|-----------|-------------|-----------|----|----|----|----|----|---|-------------|-------------|
| | | | | | ○で囲んでください | | | | | | | ○で囲んでください | |
| 1 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |
| 2 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |
| 3 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |
| 4 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |
| 5 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |
| 6 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |
| 7 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |
| 8 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |
| 9 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |
| 10 | | | 年 月 日 () | | ドック | 生活 | 一般 | 特定 | 本人 | 家族 | 腫瘍マーカー（肝臓・膵臓・卵巣・前立腺・大腸）HCV抗体・子宮細胞診・ピロリ菌 | | |

(注1) 事業所名での予約・枠取りを希望される場合は、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（口・鼻）に○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。

※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週木曜日の午後を実施しています。※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。