

淳風会健康管理センター倉敷 健診申込書

太枠内のみご記入ください。該当する項目に☑を入れてください。

| | | | |
|-------------|--|-----------------------|--------|
| フリガナ | | 男性 ・ 女性 | 發送依頼NO |
| お名前 | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 () 歳 | 淳風会での受診あり ・ なし | |
| ご自宅住所 | 〒 - | | |
| お電話番号 (A) | 自宅 ・ 携帯 - - | 本人 (被保険者) ・ 家族 (被扶養者) | 契約 |
| 保険者名称 | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (協会けんぽ) <input type="checkbox"/> () 国民健康保険 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 | | |
| 保険者番号 | 保険者番号 (8桁) : (注) 保険証に枝番の項目が記載されている場合のみ、ご記入ください。 | | |
| 保険証の記号・番号 | 記号 : 番号 : (注) 枝番 : | 予約 | |
| 事業所名 | | 確認 | |
| 事業所電話番号 (B) | | | |
| 事業所住所 | 〒 - | 發送 | |
| ご希望連絡先 | <input type="checkbox"/> 個人 (A) <input type="checkbox"/> 事業所 (B) <input type="checkbox"/> その他 () | | |

| | | | | | | |
|--|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| 受診希望日 <small>※日曜・祝日・指定休日 は休診</small> | 第1希望 | / () | 第2希望 | / () | 第3希望 | / () |
|--|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|

【健診・ドック コースご案内】 希望する項目に☑をつけてください

| | | |
|---|---|--|
| <p>●倉敷 オリジナル人間ドック</p> <input type="checkbox"/> レディースドック <input type="checkbox"/> オリジナルドック <input type="checkbox"/> メンズドック (ご希望コース名) | <p>●健保組合などの制度利用</p> <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> 婦人科健診 <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> その他 | <p>●その他</p> <input type="checkbox"/> 定期健康診断 (指定項目あり、個人票あり) <input type="checkbox"/> 雇入時健康診断 (指定項目あり、個人票なし) <input type="checkbox"/> その他 () |
|---|---|--|

【胃がん検診希望】 希望する項目に☑をつけてください

胃部X線検査 (バリウム)
 胃カメラ (経口)
 胃がん検診希望なし

【オプション検査希望】 希望する項目に☑をつけてください

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 肺がん検査セット <input type="checkbox"/> 2 胸部 CT 検査 <input type="checkbox"/> 3 喀痰細胞診検査 <input type="checkbox"/> 4 胃がんリスク検査セット (ABC分類) <input type="checkbox"/> 5 ピロリ菌検査 <input type="checkbox"/> 6 ペプシノゲン検査 <input type="checkbox"/> 7 腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> 8 腹部 CT 検査 <input type="checkbox"/> 9 すい臓がんリスク検査 ※ <input type="checkbox"/> 10 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 11 前立腺 PSA 検査 | <input type="checkbox"/> 12 頭部検査セット ※ <input type="checkbox"/> 13 頭部 MRI・MRA 検査 ※ <input type="checkbox"/> 14 動脈硬化検査セット <input type="checkbox"/> 15 頸動脈超音波検査 <input type="checkbox"/> 16 血管年齢チェック <input type="checkbox"/> 17 心臓検査セット <input type="checkbox"/> 18 LOX - index <input type="checkbox"/> 19 乳がん検査セット <input type="checkbox"/> 20 マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> 21 乳腺超音波検査 <input type="checkbox"/> 22 子宮頸がん検査 | <input type="checkbox"/> 24 HPV 検査 <input type="checkbox"/> 25 子宮卵巣 MRI 検査 ※ <input type="checkbox"/> 26 女性更年期検査 <input type="checkbox"/> 27 エクオール検査 <input type="checkbox"/> 28 骨密度測定検査 <input type="checkbox"/> 29 ロコモ健診 ※ <input type="checkbox"/> 30 内臓脂肪測定 <input type="checkbox"/> 31 腸内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 32 甲状腺検査セット <input type="checkbox"/> 33 甲状腺超音波検査 <input type="checkbox"/> 34 甲状腺ホルモン検査 |
|--|--|--|

※9・12・13・25・29は健康管理センター (岡山市) でご受診いただく検査です。別日での受診となります。受診日時等は健康管理センター (岡山市) より別途ご案内いたします。

| | | | | |
|--------|----|-----|-------------------|------|
| 淳風会記入欄 | 請求 | 〒 - | 窓口支払 ・ 会社請求 | 【備考】 |
| | 結果 | 〒 - | ご自宅 ・ 事業所 | |