

『生活習慣病予防健康診査をお申込みにあたっての注意事項』

- ☆ 今年度より新規検査項目として腹部超音波検査（35歳以上希望者）と眼底検査（全員）を実施いたします。
- ☆ 今年度より受診希望日の前日（土曜・日曜・祝日を除く）まで予約申し込みをお受けしますので、下記の点にご注意ください。
 - ① 受診日の3日以内でお申し込みの場合は、必ず電話でお申し込みください。
 - ② 受診録は受診当日に受付でお渡しします。（受付時に質問票をご記入いただきますので受付時間の15分前にご来場ください）
 - ③ 便潜血検査は当日採取していただく1回法の検査になります。当日採取できない場合は便潜血検査を受診することはできません。
- ☆ 今年度より専用アドレスに申込書を添付したメール送信による申し込みをお受けします。
 - ① 受診申込書 Excel版に入力のうえ、下記専用アドレスにファイルを添付して送信してください。
 - ② 申込書送信専用といたしますので、メールによるお問い合わせへの返信は行いません。お電話でお問い合わせください。
- ☆ 受診申込書をご記入のうえ、下記の「城西病院健診予約センター」にFAXまたはメール（今年度より実施）でお申し込みください。
- ☆ ご本人が直接お申込みされる場合、またはご家族の方はお電話にてお申し込みください。
- ☆ がん検診（胃がんX線撮影・胃内視鏡検査・便潜血・腹部超音波検査・乳房超音波検査・マンモグラフィー・子宮頸がん検査等）のみの単独受診は実施いたしません。
- ☆ 「生活習慣病予防健康診査」と「人間ドック」は、いずれか年度内1回（4月～翌年3月）の受診となります。
- ☆ 胃がんX線撮影に代えて「胃内視鏡」も受診できますが、受診人数に制限がありますので、お申込み状況によっては調整させていただきます。
- ☆ 予約日時決定は受診録の発送をもってご案内いたします。

【お願い】 **健診の予約を変更又はキャンセルされる場合（オプション検査のみキャンセルされる場合も含む）**は、他の受診希望者のため、速やかにセンターにご連絡くださいますよう、皆様のご協力をお願いいたします。

| 「生活習慣病予防健康診査」検査項目 | | |
|-------------------|---------|--|
| 全員共通項目 | | 尿検査・身長/体重計測・視力/聴力検査・血圧測定・血液検査・眼底検査・心電図・腹囲測定・胸部X線・診察 |
| オプション検査 | | オプション検査を受診希望される方は、「報道健康築地健診プラザ受診申込書」のオプション検査申込欄にご記入ください。 |
| がん検診項目 | 対象者 | |
| ピロリ菌検査 | 全員 | 血液検査によるピロリ菌感染の有無を判断します。過去に受診されている方は、受診の必要はありません。 |
| 便潜血検査 | 35歳以上 | 検査器具による2回採取法。検査器具内の注意事項をご一読のうえ、日を変えて2本採取してください。検体は受診日前の5日間内の便を採取してください。 （必ず受診日にご持参ください。受診日以外の受付はできません。） |
| 胃内視鏡検査 | 35歳以上 | 胃がんエックス線撮影の代替え検査として選択できます。但し、1日あたりの受診人数に制限がありますので、お申込み人数が多い場合は受診日の調整をさせていただきます。 「E」の時間帯（12：30）は検査を行っておりません。 |
| 腹部超音波検査 | 35歳以上 | 肝臓・膵臓・腎臓・脾臓・胆嚢の超音波検査です。 「E」の時間帯（12：30）は検査を行っておりません。眼底検査とともに今年度より実施する新規検査項目です。 |
| 乳房超音波検査 | 女性全員 | 乳房の超音波検査です。 |
| 子宮頸がん検査 | 女性全員 | 当プラザでは、婦人科専門医（女医）による細胞採取と経膣I-を同時に実施します。経膣I-を希望されない方は健診受付時にお申し出ください。 |
| マンモグラフィー | 女性40歳以上 | 乳腺専用X線装置による検査です。乳房超音波検査と同時に実施します。 |

受付状況によっては、第1・第2希望の空き時間帯への調整をさせていただくことがあります。ご理解・ご協力のほど、お願いします。

【城西病院健診予約センター】

F A X 0570-036-123
E-mail tsukiji-yoyaku@e-medinfo.com
T E L 0570-056-123

※ご記入いただいた個人情報は当院で厳重に管理し、健康診査以外の目的では使用いたしません。

【平成29年度用】 『報道健保築地健診プラザ』受診申込書 ①

平成 年 月 日 / 頁

※ 本申込書は平成29年4月以降の受診分のお申し込みに関り使用できません。

一般社団法人 衛生文化協会 城西病院 報道健保築地健診プラザ 宛

下記のとおり生活習慣病予防健康診査を申し込みます。

| | | | |
|------|-----|-------|-----|
| 事業所名 | | 事業所記号 | |
| 所在地 | 〒 - | Tel. | () |
| ご担当者 | | Fax. | () |

| ※年齢の起算は受診日当日です。 | | | | | | | オプション検査 (男女共通) | | | | オプション検査 (女性) | | |
|-----------------|-------------------|------------|------|-----------------------|------|-----------------------|----------------|------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------|-------------|-------------|
| 被保険者証番号 | フリガナ 被 保 険 者 名 | 生年月日/性別 | 第1希望 | | 第2希望 | | 希望者 注1 | 35歳以上の希望者 | | | 希望者(女性) | | 40歳以上の希望者 |
| | | | 月/日 | 時間 | 月/日 | 時間 | ピロリ菌検査 | 胃部X線 又は 内視鏡 | 便潜血 (大腸がん) 検査 | 腹部超音波 検査 | 乳房診 超音波 検査 | 子宮頸 がん検査 | マンモグラフィ |
| | | 昭. 年 月 日 男 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有 ・ 無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | | 平. 年 月 日 女 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有 ・ 無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | | 昭. 年 月 日 男 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有 ・ 無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | | 平. 年 月 日 女 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有 ・ 無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | | 昭. 年 月 日 男 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有 ・ 無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | | 平. 年 月 日 女 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有 ・ 無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 (Eの時間帯は除く) | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |

※受付時間はお守りください。ご協力をお願いします。

注1 過去にピロリ菌検査を行ったことがある方は、受診の必要はありません

| 受付時間 | A=8時30分 | B=9時30分 | C=10時30分 | D=11時30分 | E=12時30分 |
|------|---------|---------|----------|----------|----------|
|------|---------|---------|----------|----------|----------|

《お願い》 受付状況によっては、第1・第2希望の空き時間帯への調整をさせていただくことがあります。ご理解・ご協力のほど、お願いします。

【城西病院健診予約センター】

F A X 0570-036-123
E-mail tsukiji-yoyaku@e-medinfo.com
T E L 0570-056-123

※ご記入いただいた個人情報は当院で厳重に管理し、健康診査以外の目的では使用いたしません。

| | | | | | |
|------|-----|---|---|------|-----|
| 事業所名 | 所在地 | 〒 | - | 電話番号 | () |
|------|-----|---|---|------|-----|

※年齢の起算は受診日当日です。

| 被保険者証番号 | フリガナ 被 保 険 者 名 | 生年月日/性別 | 第1希望 | | | | 第2希望 | | | | オプション検査 (男女共通) | | | | オプション検査 (女性) | | |
|---------|-------------------|----------|--------|--------|-----------|-----------------------|---------|-----------------------|-----------|--|----------------|---------------------------|---------------------|-------------|------------------|-------------|---------|
| | | | 希望者 注1 | | 35歳以上の希望者 | | 希望者(女性) | | 40歳以上の希望者 | | ピロリ菌検査 | 胃部X線 又は 内視鏡 | 便潜血 (大腸がん) 検査 | 腹部超音波 検査 | 乳房診 超音波 検査 | 子宮頸 がん検査 | マンモグラフィ |
| | | | 月/日 | 時間 | 月/日 | 時間 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | | | | | | | |
| | | 昭. 平. | 年 月 日 | 男 女 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有・無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | 昭. 平. | 年 月 日 | 男 女 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有・無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | 昭. 平. | 年 月 日 | 男 女 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有・無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | 昭. 平. | 年 月 日 | 男 女 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有・無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | 昭. 平. | 年 月 日 | 男 女 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有・無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | 昭. 平. | 年 月 日 | 男 女 | / | A B C D E | / | A B C D E | 有・無 | X線 ・ 内視鏡 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有 (Eの時間帯は除く) ・ 無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |

※受付時間はお守りください。ご協力をお願いします。

注1 過去にピロリ菌検査を行ったことがある方は、受診の必要はありません

| 受付時間 | A=8時30分 | B=9時30分 | C=10時30分 | D=11時30分 | E=12時30分 |
|------|---------|---------|----------|----------|----------|
|------|---------|---------|----------|----------|----------|

| | |
|---|--|
| <p>【城西病院健診予約センター】</p> <p>※ご記入いただいた個人情報は当院で厳重に管理し、健康診査以外の目的では使用いたしません。</p> | <p>F A X 0570-036-123</p> <p>E-mail tsukiji-yoyaku@e-medinfo.com</p> <p>T E L 0570-056-123</p> |
|---|--|