

## 平成30年度『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』

- ☆ 今年度より内視鏡検査の1日当たりの検査人数を増設いたします。  
内視鏡検査人数の増設に伴い、経鼻内視鏡の実施を取りやめ経口内視鏡のみの実施といたします。
  - ☆ 今年度より腹部超音波検査は35歳以上全員に実施いたします。
  - ☆ 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。
  - ☆ 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。
  - ☆ 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。
  - ☆ がん検査（胃部X線撮影・胃内視鏡検査・便潜血・乳房超音波検査・マンモグラフィ・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。
  - ☆ 予約日時の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線腹部超音波検査(35歳以上)・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、「報道健保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。
がん検査項目	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。平成28年度・29年度に受診された方は平成30年度の検査対象にはなりません
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。 <b>（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。）</b>
胃内視鏡検査	35歳以上 胃部エックス線撮影の代替え検査として選択できます。今年度より1日当たりの検査人数を増設いたします。（経口内視鏡のみの実施といたします）
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腔I-を同時に実施します。経腔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	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】

受付時間 9:00～17:00  
月曜～金曜 祝日を除く

上記の時間帯以外では、受付することができません。ご注意ください。

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

# 【平成30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30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。

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)		
			月/日	時間	月/日	時間	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	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 無 内視鏡	有 ・ 無	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 無 内視鏡	有 ・ 無	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 無 内視鏡	有 ・ 無	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 無 内視鏡	有 ・ 無	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 無 内視鏡	有 ・ 無	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 無 内視鏡	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 ピロリ菌検査は平成28年度・29年度に受診された方は平成30年度の検査対象にはなりません

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
------	---------	---------	----------	----------	----------

【城西病院健診予約センター】 上記の時間帯以外では、受付することができません。ご注意ください。	受付時間	9:00~17:00 月曜~金曜 祝日を除く	FAX	0570-036-123
	E-mail	tsukiji-yoyaku@e-medinfo.com	TEL	0570-056-123

☆受診申込書をご記入のうえ、上記の「城西病院健診予約センター」にFAXまたはメールでお申し込みください。

☆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)		
			月/日	時間	月/日	時間	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	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 無 内視鏡	有・無	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 無 内視鏡	有・無	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 無 内視鏡	有・無	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 無 内視鏡	有・無	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 無 内視鏡	有・無	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 無 内視鏡	有・無	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 無 内視鏡	有・無	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 無 内視鏡	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 ピロリ菌検査は平成28年度・29年度に受診された方は平成30年度の検査対象にはなりません

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>上記の時間帯以外では、受付することができません。ご注意ください。</p>	受付時間 9:00~17:00 月曜~金曜 祝日を除く	FAX 0570-036-123 E-mail tsukiji-yoyaku@e-medinfo.com TEL 0570-056-123
---	--------------------------------	---

☆受診申込書をご記入のうえ、上記の「城西病院健診予約センター」にFAXまたはメールでお申し込みください。 ☆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。