

## 2019年度用 築地健診プラザ 『プレミアムコース』 受診申込書

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

枠内を全てご記入ください。

申込日	2019年 月 日							
健康保険証 記号		健康保険証 番号		事業所名				
氏名 漢字			氏名 カナ					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女	続柄	本人・家族
住所	〒		-		TEL	-		-

ご希望の受診日時をご記入ください				どちらか選択してください	ピロリ菌検査※
第1希望	2019 年	月	日	8:30・9:30・10:30 ×線検査（バリウム） ・ 内視鏡検査（胃カメラ）	ピロリ菌検査 有・無
第2希望	2019 年	月	日	8:30・9:30・10:30 ×線検査（バリウム） ・ 内視鏡検査（胃カメラ）	ピロリ菌検査 有・無
第3希望	2019 年	月	日	8:30・9:30・10:30 ×線検査（バリウム） ・ 内視鏡検査（胃カメラ）	ピロリ菌検査 有・無

※ピロリ菌検査を2016～2018年度に受診された方は2019年度は検査対象になりません。

- ☆ 健診日時確定後、ご記入いただきました上記住所に受診録・検査容器を送付いたします。
- ☆ 健診日時を変更・キャンセルされる場合は、必ず「城西病院健診予約センター」にご連絡ください。
- ☆ 受診日の3日以内でお申込みの場合は、必ず電話でお申し込みください。  
受診録・検査容器は当日受付でお渡ししますので、予約時間の15分前にご来場ください。

プレミアムコース検査項目
身長・体重・視力・聴力・血圧・胸部X線・心電図・肺機能・腹部超音波・眼底・尿(糖・蛋白・潜血)・診察 便潜血(2回法)・胃部x線/内視鏡(どちらか一方) 血液検査: GOT.GPT.γ-GTP.ALP.HDL.LDL.TG.T-cho.CRE.eGFR.UA.Bz.HbA1c.RBC.Ht.Hb.MCV.MCH.MCHC.WBC.PLT 男性のみ: 前立腺(PSA) 女性のみ: 乳房超音波・マンモグラフィ・子宮頸部細胞診・経膈超音波

<b>申 込 先</b>	<b>【城西病院健診予約センター】</b>	F A X 0570-036-123
	受付時間: 8:30~16:00 月曜~金曜 祝日除く	E-mail tsukiji-yoyaku@johsai-hp.jp
	FAX・E-mail・TELでのお申込みは、上記以外の時間帯では 受付することができませんのでご注意ください。	T E L 0570-056-123

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