

令和4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	令和 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	令和 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	令和 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	令和 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

※ピロリ菌検査を平成28年度～令和3年度に受診された方は令和4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・腹囲・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(医師採取法のみ)・経膈超音波	

申 込 先	【城西病院健診予約センター】		FAX	0570-036-123
	受付時間	(平日) 8:30~16:00 (土曜日) 8:30~12:00 ※祝日を除く第2,4のみ	TEL	0570-056-123
FAX・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。				

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