

*ご記入の上、同封の封筒にてご返送ください。

申込締切日:2017年12月20日(水)

2017年度 日帰りコース申込書 (本人・配偶者様用)

所属		組合員証番号	
フリガナ		フリガナ	
被保険者氏名		受診者氏名	
連絡先	— —	生年月日	昭和 年 月 日
日中連絡先	— —	年齢	歳 性別 男・女
E-mail アドレス		被保険者との続柄	本人・配偶者
住所	〒 —		

胃がん検査実施方法

ご希望の検査方法に○印をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	X線直接撮影	<input type="checkbox"/>	内視鏡検査(胃カメラ) ★注 *午前中のみ実施
--------------------------	--------	--------------------------	----------------------------

★注:胃カメラの枠数に限りがありますので、ご希望日に添えない場合があります。

オプション検査

ご希望の検査項目に○印をつけて下さい。

<input type="checkbox"/>	1	脳オプション	<input type="checkbox"/>	10	肺がん検査(喀痰細胞診)
<input type="checkbox"/>	2	胃ペプシノゲン検査 *胃カメラの方は不要です	<input type="checkbox"/>	11	尿路系がん検査
<input type="checkbox"/>	3	ピロリ菌検査	<input type="checkbox"/>	12	乳がん超音波検診
<input type="checkbox"/>	4	動脈硬化検査	<input type="checkbox"/>	13	乳がんマンモ2検診
<input type="checkbox"/>	5	内臓脂肪計測	<input type="checkbox"/>	14	子宮頸がん検診
<input type="checkbox"/>	6	メタボリックセット	<input type="checkbox"/>	15	子宮頸がん超音波検診
<input type="checkbox"/>	7	骨粗しょう症検査	<input type="checkbox"/>	16	HPV検査
<input type="checkbox"/>	8	心臓超音波検査	<input type="checkbox"/>	17	レディースがん検診セット
<input type="checkbox"/>	9	肺CT	<input type="checkbox"/>	18	前立腺検査

当日結果説明 (月～金曜日の午後より実施)



希望する 希望しない

★計測、血圧、便潜血、検尿、一部血液検査について説明します。ドックの受付は午前9時30分になり、説明は午後1時より順番に行います。

健診希望日、時間帯

ご希望日と時間帯を第4希望までご記入下さい。

受診期間 : 2017年4月15日(土)～2018年1月31日(水)

休診日 : 日曜日、祝日、第2土曜日、5月1日、7月24日、7月25日、8月14日～16日、12月29日～1月4日

受付時間 : AM=8:30～10:00、PM=13:00～14:30 (土曜日はAMのみ実施)

第1希望	月 日 ()	AM・PM	第3希望	月 日 ()	AM・PM
第2希望	月 日 ()	AM・PM	第4希望	月 日 ()	AM・PM

*先着順で日程を決めさせていただきます。予めご了承下さい。

一般財団法人 京都予防医学センター 総合健診課

電話: 075-811-9137

FAX: 075-811-9139

Eメール: kenshin@kyotoyobouigaku.or.jp