

\*ご記入の上、同封の封筒にてご返送ください。

申込締切日: 2019年1月10日(木)

## 2018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
住所	〒 -		被保険者との続柄 本人・配偶者

### 胃がん検査実施方法

ご希望の検査方法に○印をつけてください。

<input type="checkbox"/>	X線直接撮影	<input type="checkbox"/>	内視鏡検査(胃カメラ) ★注
--------------------------	--------	--------------------------	----------------

★注: 胃カメラの枠数に限りがございますので、お早めにお申し込みください。

### オプション検査

ご希望の検査項目に○印をつけてください。

<input type="checkbox"/>	A	脳オプション	<input type="checkbox"/>	M	マンモグラフィ2方向
<input type="checkbox"/>	B	肺がん・COPD検診セット	<input type="checkbox"/>	N	乳房超音波検査
<input type="checkbox"/>	C	乳がん検診セット	<input type="checkbox"/>	O	子宮頸部細胞診
<input type="checkbox"/>	D	子宮頸がん検診セット	<input type="checkbox"/>	P	経膈超音波検査
<input type="checkbox"/>	E	メタボリックセット(OP記号R+S)	<input type="checkbox"/>	Q	HPV検査
<input type="checkbox"/>	F	肺CT	<input type="checkbox"/>	R	動脈硬化検査
<input type="checkbox"/>	G	肺がん検査(喀痰細胞診)	<input type="checkbox"/>	S	内臓脂肪計測
<input type="checkbox"/>	H	尿路系がん検査	<input type="checkbox"/>	T	骨粗しょう症検査
<input type="checkbox"/>	I	前立腺検査(PSA)	<input type="checkbox"/>	U	心臓超音波検査
<input type="checkbox"/>	J	胃ペプシノゲン検査 *胃カメラの方は不要です	<input type="checkbox"/>	W	甲状腺検査
<input type="checkbox"/>	K	ピロリ菌検査	<input type="checkbox"/>	X	マルチアレルギー検査
<input type="checkbox"/>	L	マンモグラフィ1方向	<input type="checkbox"/>	Y	鼻炎・喘息アレルギー検査

### 健診希望日、時間帯

ご希望日と時間帯を第4希望までご記入ください。

受診期間 : 2018年4月2日(月)~2019年1月31日(木)

休診日 : 日曜日、祝日、第2土曜日、7月30日、7月31日、8月14日~16日、12月29日~1月4日

受付時間 : AM=8:30~10:00 ※2018年度より午前のみの実施となります。

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

\*先着順で日程を決めさせていただきます。予めご了承ください。

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](mailto:kenshin@kyotoyobouigaku.or.jp)