

* ご記入の上、同封の封筒、FAX、又はメールにてご返送ください。

申込締切日:2024年1月10日(水)

2023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	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。

	X線検査(バリウム)		内視鏡検査(胃カメラ)		検査しない
--	------------	--	-------------	--	-------

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。

	A	脳オプション		M	マンモグラフィ2方向
	B	肺がん・COPD検診セット		N	乳房超音波検査
	C	乳がん検診セット		O	子宮頸部細胞診
	D	子宮頸がん検診セット		P	経膈超音波検査
	E	メタボリックセット(OP記号R+S)		Q	HPV検査
	F	肺CT		R	動脈硬化検査
	G	肺がん検査(喀痰細胞診)		S	内臓脂肪計測
	H	尿路系がん検査		T	骨粗しょう症検査
	I	前立腺検査(PSA)		U	心臓超音波検査
	J	胃ペプシノゲン検査 *胃カメラの方は不要です		W	甲状腺検査
	K	ピロリ菌検査		X	マルチアレルギー検査
	L	マンモグラフィ1方向		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 : 2023年4月1日(土)~2024年1月31日(水)

休診日 : 日曜日、祝日、第2土曜日

7月24日、25日、8月11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