

\* 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：2025年1月10日(金)

### 2024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	O	子宮頸部細胞診
B	肺がん・COPD検診セット	P	経膈超音波検査 <small>※細胞診受診者に追加可能</small>
C	乳がん検診セット	Q	HPV検査 <small>※細胞診受診者に追加可能</small>
D	子宮頸がん検診セット	R	動脈硬化検査
E	メタボリックセット(OP記号R+S)	S	内臓脂肪計測
F	肺CT	T	骨粗しょう症検査
G	肺がん検査(喀痰細胞診)	U	心臓超音波検査
H	尿路系がん検査	W	甲状腺機能検査
I	前立腺検査	X	マルチアレルギー検査
J	胃ペプシノゲン検査 <small>*胃カメラの方は不要です</small>	Y	鼻炎・喘息アレルギー検査
K	ピロリ菌検査	Z-1	腫瘍マーカー4種:基本セット
L	マンモグラフィ1方向	Z-2	腫瘍マーカー5種:基本+肺セット
M	マンモグラフィ2方向	Z-3	腫瘍マーカー5種:基本+女性セット
N	乳房超音波検査		

#### 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 : 2024年4月1日(月)~2025年1月31日(金)

休診日 : 日曜日、祝日、第2土曜日

7月29日、30日、8月14日~16日、12月30日~1月4日

受付時間 : AM=8:30~10:00

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)