

申込締切日:2027年1月10日(日)

2026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。

オプション検査	A-1	脳オプション	E-1	乳がん検診セット
	B-1	肺がん・COPD検診セット	E-2	マンモグラフィ1方向
	B-2	肺CT	E-3	マンモグラフィ2方向
	B-3	肺がん検査(喀痰細胞診)	E-4	乳房超音波検査
	C-1	前立腺検査	E-5	子宮頸がん検診セット
	C-2	ピロリ菌検査	E-6	子宮頸部細胞診
	C-3	胃ペプシノゲン検査	E-7	経膈超音波検査 ※細胞診受診者に追加可能
	C-5	尿路系がん検査	E-8	HPV検査 ※細胞診受診者に追加可能
	D-1	メタボリックセット	F-1	マルチアレルギー検査
	D-2	動脈硬化検査	F-2	鼻炎・喘息アレルギー検査
	D-3	内臓脂肪計測	F-3	腫瘍マーカー4種:基本セット
	D-4	骨粗しょう症検査	F-4	腫瘍マーカー5種:基本+肺セット
	D-5	甲状腺機能検査	F-5	腫瘍マーカー5種:基本+女性セット
	D-6	心臓超音波検査		

健診希望日、時間帯 ご希望日を第4希望までご記入ください。

希望日	第1希望	月 日 () AM	第2希望	月 日 () AM
	第3希望	月 日 () AM	第4希望	月 日 () AM
	受診期間 : 2026年4月1日(水)~2027年1月30日(土)			
	休診日 : 日曜日、祝日、第2土曜日 5月1日、5月2日、7月27日、7月28日、8月13日~15日、12月29日~1月4日			

* 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