生 活 習 慣 病 予 防 健 診 申 込 書

予約日が確定次第折返しFAXさせていただきます。尚、予約が大変混雑しておりますので、確定した受診日の変更はご遠慮頂きますよう、お願いいたします。

大津赤十字病院　健診センター
TEL:077-522-5165　FAX077-522-4054
担当者

健康保険証の保険者番号		健康保険証の記号	

フリガナ / 企業名		企業住所	〒		TEL		FAX		担当者	

保険証の番号	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類のいずれかを〇で囲んでください			一般健診と併せて受診する場合は〇で囲んでください				第1希望日	第2希望日	第3希望日	オプション・備考	決定日
			S ・ H	一般健診（若年）20,25,30	一般健診	子宮頸がん健診（単独）	節目健診	乳がん検査	子宮頸がん検査	骨密度（40～74歳）偶数年齢の女性					
	ID	今年度	歳	住所							TEL				

保険証の番号	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類のいずれかを〇で囲んでください			一般健診と併せて受診する場合は〇で囲んでください				第1希望日	第2希望日	第3希望日	オプション・備考	決定日
			S ・ H	一般健診（若年）20,25,30	一般健診	子宮頸がん健診（単独）	節目健診	乳がん検査	子宮頸がん検査	骨密度（40～74歳）偶数年齢の女性					
	ID	今年度	歳	住所							TEL				

保険証の番号	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類のいずれかを〇で囲んでください			一般健診と併せて受診する場合は〇で囲んでください				第1希望日	第2希望日	第3希望日	オプション・備考	決定日
			S ・ H	一般健診（若年）20,25,30	一般健診	子宮頸がん健診（単独）	節目健診	乳がん検査	子宮頸がん検査	骨密度（40～74歳）偶数年齢の女性					
	ID	今年度	歳	住所							TEL				

保険証の番号	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	希望する健診の種類のいずれかを〇で囲んでください			一般健診と併せて受診する場合は〇で囲んでください				第1希望日	第2希望日	第3希望日	オプション・備考	決定日
			S ・ H	一般健診（若年）20,25,30	一般健診	子宮頸がん健診（単独）	節目健診	乳がん検査	子宮頸がん検査	骨密度（40～74歳）偶数年齢の女性					
	ID	今年度	歳	住所							TEL				

・負担金は健診日当日にお支払いをお願いいたします。
・健診の案内は自宅に送付させていただきます。
・節目健診対象年齢は　40・45・50・55・60・65・70　となります。
・胃の検査については、基本は胃透視（バリウム）となります。胃カメラ（経口）を希望される方は備考欄へご記入をお願いいたします。
《注意》 胃カメラの条件は70歳以上の方・胃腸に疾患をお持ちの方・病気で水分制限中の方とさせていただきます。

● 大津赤十字病院で「人間ドック健診補助」は実施しておりません。 ご希望の方は他施設をご利用ください ●