

## 健診申込書(個人)

※太線の枠内のみご記入ください。

|           |  |   |                              |      |   |   |   |
|-----------|--|---|------------------------------|------|---|---|---|
| フリガナ      |  |   | ご記入日                         | R    | 年                                       | 月 | 日 |
| お名前       |  |   | 男性・女性                        |      |   |   |   |
| 生年月日      | 昭和・平成  | 年 | 月                            | 日    | 高松紺屋町クリニック<br>又は<br>丸の内皮膚科での受診<br>あり・なし |   |   |
| ご自宅住所     | 〒 -  |   |                              |      |   |   |   |
| お電話番号(A)  | ご自宅・携帯 ( ) -   |   |                              |      |   |   |   |
| 保険者名称     | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会<br><input type="checkbox"/> ( )国民健康保険<br><input type="checkbox"/> ( )健康保険組合<br><input type="checkbox"/> ( )共済組合  |   | 本人(被保険者)<br>・<br>家族(被扶養者)    |      |   |   |   |
| 保険証の記号・番号 | 記号: 番号:  |   |                              |      |   |   |   |
| 事業所名      |  |   | ご担当                          | 様    |   |   |   |
| お電話番号(B)  | ( ) -  |   |                              |      |   |   |   |
| ご住所       | 〒 -  |   |                              |      |   |   |   |
| ご希望連絡先    | <input type="checkbox"/> 個人(A) <input type="checkbox"/> 事業所(B) <input type="checkbox"/> その他( )   |   |                              |      |   |   |   |
| 受診ご希望日    | 第一希望<br>令和 年 / ( )<br>時間 時ごろ   |   | 第二希望<br>令和 年 / ( )<br>時間 時ごろ |      | 第三希望<br>令和 年 / ( )<br>時間 時ごろ            |   |   |
| 【健診内容】    | 1、高松市特定健診<br>2、生活習慣病健診(協会けんぽ加入者)<br>3、雇入れ健診 A<br>4、雇入れ健診 B<br>5、一般健診<br>6、人間ドック  |   |                              |      |   |   |   |
| 【オプション検査】 | A-1、甲状腺超音波検査<br>A-2、甲状腺ホルモン検査<br>A-3、甲状腺セット<br>B-1、喀痰細胞診<br>B-2、肺機能検査<br>B-3、肺がん腫瘍マーカー(4種)<br>B-4、肺がん検査セット<br>C-1、心臓検査セット<br>D-1、ピロリ菌検査<br>D-2、ペプシノゲン<br>D-3、胃がん検査セット<br>E-1、肝炎ウイルス検査<br>E-2、腹部超音波検査<br>E-3、肝臓・すい臓腫瘍マーカーセット<br>E-4、肝臓・胆のう・すい臓・腎臓セット<br>F-1、腫瘍マーカー(PSA)<br>G-1、乳腺超音波検査<br>G-2、マンモグラフィ検査<br>G-3、乳房検査セット<br>H-1、子宮頸がん検査<br>I-1、血圧脈波検査<br>I-2、頸動脈超音波検査<br>I-3、動脈硬化検査セット<br>J-1、腫瘍マーカー5種<br>K-1、骨密度測定<br>L-1、更年期検査(ホルモン3種)<br>M-1、歯科検診<br>Z-1、胃部X線検査<br>Z-2、便潜血検査(2日法)<br>Z-3、眼底検査<br>Z-4、眼圧検査<br>Z-5、HbA1c<br>Z-6、ABO血液型・RH血液型<br>Z-7、リウマチ検査(RF定量)<br>Z-8、梅毒検査(TPHA)<br>Z-9、食道がん検査(p53抗体)<br>Z-10、肝臓がん検査(AFP・PIVKA-II)<br>Z-11、胆嚢・膵臓がん検査(CEA・CA19-9)<br>Z-12、乳がん検査(CA15-3)<br>Z-13、卵巣がん検査(CA125) |   |                              |      |   |   |   |
| 請求        | 〒 -  |   | 窓口支払<br>・<br>会社請求            | 【備考】 |   |   |   |
| 問診表<br>結果 | 〒 -  |   | ご自宅<br>・<br>事業所              |      |   |   |   |