

人間ドック・各種健診・がん検診 申込書

申込日 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成
氏名	男・女		年 月 日 (歳)
住所	(〒 —)	電話番号	— —
保険種別	佐川町国保 佐川町以外の国保 社会保険(扶養家族) 後期高齢 その他		

①希望する健診項目に○を入れてください。

②検査希望日(火曜日・木曜日)

健診内容	実施日	希望日	時間
人間ドックと特定健診	木曜日 午前	年 月 日 (火・木)	午前・午後
人間ドック			
特定健診	火曜日 午前 木曜日 午前・午後	年 月 日 (火・木)	午前・午後
後期高齢者健診			
若者健診			
がん検診			

健診日： 年 月 日 ()

時 分までにお越しく下さい。

③「人間ドック」を受ける方は、追加を希望されるオプション検査に○を入れてください。

胃がん検診(胃内視鏡)	聴力検査	頸動脈エコー
胃がんリスク検診(ABC検診)	子宮がん検診	血圧脈波(血管年齢)
胸部CT	前立腺がん検査(PSA)	超悪玉コレステロール
肺活量検査(肺年齢)	がん・糖尿病・脳心疾患・認知機能低下リスク検査(AIRS)	アディポネクチン
骨塩定量(骨粗しょう症検査)		糖尿病検査(75gOGTT)

④「がん検診」を希望される方は、希望する項目に○を入れてください。

胃がん検診(胃内視鏡)	大腸がん検診	肺がん検診
胃がんリスク検診(ABC検診)	前立腺がん検診	
がんリスク検査(AICS)	子宮がん検診	