

*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:2023年1月10日(火)

2022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		M	マンモグラフィ2方向
	B	肺がん・COPD検診セット		N	乳房超音波検査
	C	乳がん検診セット		O	子宮頸部細胞診
	D	子宮頸がん検診セット		P	経腔超音波検査
	E	メタボリックセット(OP記号R+S)		Q	HPV検査
	F	肺CT		R	動脈硬化検査
	G	肺がん検査(喀痰細胞診)		S	内臓脂肪計測
	H	尿路系がん検査		T	骨粗しょう症検査
	I	前立腺検査(PSA)		U	心臓超音波検査
	J	胃ペプシノゲン検査 *胃カメラの方は不要です		W	甲状腺検査
	K	ピロリ菌検査		X	マルチアレルギー検査
	L	マンモグラフィ1方向		Y	鼻炎・喘息アレルギー検査

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 : 2022年4月1日(金)～2023年1月31日(火)

休診日 : 日曜日、祝日、第2土曜日

7月25日、26日、8月12日～16日、12月29日～1月4日

受付時間 : AM=8:30～10:00 ※2018年度より午前のみの実施となります。

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@kyotovobouigaku.or.jp