

①～⑤まで記入の上、送信ねがいます。
(健診費用は当日窓口での支払いです)

前橋協立病院 健診室 行
FAX送付先 027-265-5564

国保ドック・申込書

～健診内容・料金をご確認の上、お申込みください～

申込日: 年 月 日

①該当番号についての注意事項

※申請後、速やかに該当番号を健診室までお知らせください。

◆当院受診歴: 有・無

②受診者 *被保険者証をご用意の上、もれなくご記入ください。

保険者番号	保険者名称	保険証記号	保険証番号
フリガナ			性別
受診者氏名			男・女
生年月日	西暦・昭和・平成 年 月 日生	日中連絡先 電話番号	— —
自宅	〒	電話	— —
		FAX	— —

③受診希望 *ご希望の健診・検査名称に「○印」または「レ点」をご記入ください。

ドックの種類 (該当番号:)	<input type="checkbox"/> 脳ドックコース <small>※MRI使用のため心臓ペースメーカーや人工内耳の方はご利用いただけません ※脳ドックコースに胃がん検診・直腸肛門診は含まれておりません</small>
	<input type="checkbox"/> 一日(日帰り)コース <input type="checkbox"/> 通い二日間コース
胃がん検診	<input type="checkbox"/> 胃バリウム検査(体重が100kg以上の方はご利用いただけません) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(血液をサラサラにする薬を服用 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) <small>※血液をサラサラにする薬を他院にて2剤処方されている方は検査を受けられません。</small>
直腸肛門診	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
備考欄	<連絡事項等にご利用ください>

④受診シールを併用する場合 *希望される方は「○印」または「レ点」をご記入ください。

前橋市がん検診	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 骨密度検査
---------	---

※脳ドックの方は受診シールを併用すると、大腸がん 胃がん 肺がん 前立腺がん 検診も受けられます。

注意: 乳がん検診を希望される場合は「火・水・木」曜日をおすすめしています。

⑤第3希望までご記入ください

希望日	第1希望	第2希望	第3希望
	/	/	/

当院記入欄

確定日:	月 日 ()
------	---------

当院使用欄

予約日登録	担当	キット発送日	担当	備考

お問い合わせ 健診室 027-265-3511(代) 電話受付 月曜～金曜日(土日祝日除く)13:30～16:30