

浜松医療センター 健診センター宛【FAX:053-451-2734】

※ご予約はFAX又はお電話(TEL053-451-2733 平日8:30~17:00)にてお申込みください。

特定健診・がん検診申込用紙(出張健診用)

* 受診券を使用される方は、お手元に **特定健診受診券・がん検診受診券・保険証** を用意して、下記の項目をご記入ください。

フリガナ			男・女	生年月日	昭和	年	月	日
氏名					平成			
住所	〒 - 浜松市 区							
電話番号	◆確認のため、お電話をお掛けする場合があります。8:30~17:00の間でつながり易い電話番号及びお時間をご記入ください。 - - つながり易いお時間 ~							
健診希望日	月 日 ()							
健診会場								

特 定 健 診	◆該当するものにレ点をつけてください。								
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 ※注		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 ※注		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(家族)				
	<input type="checkbox"/> その他健康保険・共済組合()								
	※注 国民健康保険、後期高齢者医療保険の特定健康診査は 浜松市 の受診券のみご利用可能です。								
	◆受診券をお持ちの方は下記の項目もご記入ください。								
	受診券整理番号								
交付年月日	平成	年	月	日	有効期限	平成	年	月	日
窓口での自己負担	基本項目			詳細項目					
保険情報	保険記号・番号				.				
	保険者番号				保険者名称				

が ん 検 診 ・ 追 加 検 査	◆浜松市住民ががん検診受診券をお持ちの方は検診整理番号をご記入ください。							
	検診整理番号	-						
	◆希望する検査の口にレ点をつけてください。							
	<input type="checkbox"/> 結核・肺がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎検査							
	<input type="checkbox"/> 貧血検査 ※貧血と言われたことが有りますか (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)							
	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査(ABC検診) <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 <input type="checkbox"/> リウマチ因子検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー検査(CEA・CA19-9)							
◆子宮がん検診をご希望の方は下の口にレ点をご記入ください。								
<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 ※子宮がん検診は午後の検査となります。(実施しない会場が有ります。日程表でご確認ください。)								

健診センター記入欄

受付日	処理担当者	個人番号	
-----	-------	------	--