

健診補助利用申込書

□には✓をいれてください。

所属医療機関名		送付先 <input type="checkbox"/> 所属医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅
---------	--	--

【お願い】経費節減のため、送付先は「所属医療機関」をご指定くださいますようお願いいたします。

◎一般健診 ※『⑨ PET-CT 検査』は御池クリニック利用時のみ追加可

◎歯科健康診査（無料です。）

① 記号番号	医 - -	医 - -	医 - -
② 氏名			
③ 連絡先電話番号			
④ 健診機関名			
⑤ 受診日	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
⑥ 前立腺がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑦ 乳がん検査	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向)	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向)	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向)
	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない
⑧ 子宮がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑨ PET-CT 検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
歯科健康診査	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

① 記号番号	医 - -	医 - -	医 - -
② 氏名			
③ 連絡先電話番号			
④ 健診機関名			
⑤ 受診日	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
⑥ 前立腺がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑦ 乳がん検査	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向)	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向)	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> マンモ(1方向)
	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> しない
⑧ 子宮がん検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
⑨ PET-CT 検査	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
歯科健康診査	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要