

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		申込責任者
---------	--	-------

◎人間ドック・脳ドック（脳ドック単独の方は◎～◎の記入は不要です。）

（資格取得届出日より180日を経過した満40歳以上の方が対象。）

◎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 予約日	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
⑥ 胃検査	<input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 透視	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 透視
⑦ 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
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 乳がん検査	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波	<input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波
⑩ 脳ドック	<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 予約日	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
⑥ 胃検査	<input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 透視	<input type="checkbox"/> 経鼻カメラ <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 経口カメラ <input type="checkbox"/> 透視
⑦ 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
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 乳がん検査	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波	<input type="checkbox"/> マンモ(1方向) <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> マンモ(2方向) <input type="checkbox"/> 乳腺超音波
⑩ 脳ドック	<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