島田市立総合医療ｾﾝﾀｰ　協会けんぽ健診　オプション　申込書

以下の内容に必要事項を記入して下記までFAX送信してください。　　　　　　　　　　　　　令和6年度

**島田市立総合医療ｾﾝﾀｰ　健診センター　行き（FAX：0547－35－1608）**

貴事業所名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴担当者様名　：

貴事業所電話番号　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴事業所FAX番号　：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏　名 | 健診予定日 | 希望するオプション○を付ける |
|  | 令和　　　年　　　　　月　　　日 | 胃内視鏡　　・　　腹部超音波　・　　眼底検査　・　　眼圧検査　脳ドック　　・　　脳ドックセット　・　　胸部CT　・　骨密度　動脈硬化　・　頸動脈超音波　・　　ピロリ菌　・　　甲状腺心機能　　・　　前立腺　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 令和　　　年　　　　　月　　　日 | 胃内視鏡　　・　　腹部超音波　・　　眼底検査　・　　眼圧検査　脳ドック　　・　　脳ドックセット　・　　胸部CT　・　骨密度　動脈硬化　・　頸動脈超音波　・　　ピロリ菌　・　　甲状腺心機能　　・　　前立腺　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 令和　　　年　　　　　月　　　日 | 胃内視鏡　　・　　腹部超音波　・　　眼底検査　・　　眼圧検査　脳ドック　　・　　脳ドックセット　・　　胸部CT　・　骨密度　動脈硬化　・　頸動脈超音波　・　　ピロリ菌　・　　甲状腺心機能　　・　　前立腺　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 令和　　　年　　　　　月　　　日 | 胃内視鏡　　・　　腹部超音波　・　　眼底検査　・　　眼圧検査　脳ドック　　・　　脳ドックセット　・　　胸部CT　・　骨密度　動脈硬化　・　頸動脈超音波　・　　ピロリ菌　・　　甲状腺心機能　　・　　前立腺　　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

**＊脳ドックは12:00以降の検査となります。**

＊単独子宮頸がん・付加・乳がん・子宮頸がんの年齢対象者のオプションの追加は、協会けんぽ

　が発行している一覧表にご記入ください。