

# レディースドック利用申込書

平成 年 月 日

被保険者証の記号		被保険者証の番号			
事業所名		所属部課			
ふりがな	※ 被保険者名と続柄は受診者が被扶養者の場合記入下さい				
受診者氏名		被保険者名		続柄	
生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	性別	女	年齢 歳
自宅の電話番号	( ) -		内線 連絡先		
ふりがな	〒 -				
住所					
希望医療機関名					
希望日	第一希望	平成	年	月	日 ( 曜日)
	第二希望	平成	年	月	日 ( 曜日)
	第三希望	平成	年	月	日 ( 曜日)
	第四希望	平成	年	月	日 ( 曜日)
健診実施日	平成 年 月 日 ( 曜日)				

☆ 人間ドック・レディースドック・PET健診・脳ドックのいずれかを同一年度内に1回受診できます。

☆ レディースドックの利用対象者は、被保険者と被扶養者（子女は除く）です。

## 【乳がん検査】 いずれか希望の検査にチェックをして下さい

- マンモグラフィー . . . 石灰化を伴う乳がんの検出に向き、経過観察に適しています。ただし若年者（40歳未満）や乳腺の多い人では診断が難しいとされています。
- 超音波（エコー） . . . 液体の腫瘍を形成する乳がんの検出に適しています。若年者や乳腺の多い人でも診断可能とされています。ただし、全体の画像がつかみにくい。

健診結果は受診者の健康管理のため、健康保険組合でも保管することに同意します。

受診者署名

健保記入欄 年 月 日