

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			続柄	※ 被保険者名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				
生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	女	年齢	歳
7. 平成								
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