

※係が受け付けた日ですので、記入はしないでください

〒

杵築市

様

提出はなるべく1か月以内をお願いします

《 電話番号 》 ※必ずご記入ください

携帯：-

自宅：-



※健診に関して市や健診機関がご連絡する場合があります。
平日の日中につながる番号をお願いします。

整理番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日・年齢	保険の種類
※記入不要		男・女	昭和 年 月 日 (歳)	市国保・後期

記載年齢は令和7年度の健診対象基準となる令和8年3月31日時点の満年齢

★インターネットでの回答が早くて便利です。健診希望先の二次元コードをスマートフォンで読み取って、ご回答ください。
★健診意向調査票で回答する方は、ご希望の健診先や項目等を選んで、□の枠内に✓や数字を、鉛筆で記入してください。

☐ 山香病院
健診センター

※右記の
「人間ドックを受ける」、
「希望する健診のみ受ける」のどちらか
を選択してください

☐ 人間ドックを受ける

胃がん検診希望

☐ 胃透視
☐ 胃カメラ
☐ 受けない

希望時期を1つ
選んでください
(ご希望に沿えない
場合もあります)

☐ 4月下旬
☐ 5月～6月
☐ 7月～8月
☐ 9月～10月
☐ 11月～12月
☐ 1月～2月
☐ 3月(特定健診は
受けられません)

健診送迎車

☐ 利用しない
☐ 利用する

その他連絡事項

☐ なし
☐ あり
※記入例
家族と同日希望
○月△日は不可 …等

☐ 大分県厚生連
健康管理センター
(人間ドック)

☐ 希望する
健診のみ
受ける

胃がん検診希望

☐ 胃透視
☐ 胃カメラ
☐ 受けない

希望月をご記入ください
(ご希望に沿えない場合もあります)

月

※4月は下旬のみ
※3月は後期高齢者のみ

受診する健診を選んでください

☐ 特定健診・後期高齢者健診
☐ 結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン)
☐ 胃がん検診(胃透視)
☐ 胃がん検診(胃カメラ)
☐ 大腸がん検診
☐ 子宮がん検診
☐ 乳がん検診(マンモグラフィ)
☐ 骨粗しょう検診

受診予定日

月 日

会場名

☐ 地域巡回健診

受診する健診を選んでください

☐ 特定健診・後期高齢者健診
☐ 結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン)
☐ 胃がん検診(胃透視)
☐ 大腸がん検診
☐ 子宮がん検診
☐ 乳がん検診(マンモグラフィ)

☐ 医療機関

※受診日のご予約は、医療機関に直接ご連絡ください

受診先を選んでください

☐ 衛藤外科
☐ 杵築中央病院
☐ しおはま診療所
☐ 渡辺内科医院
☐ 友岡医院
☐ 市外医療機関
☐ くりやまレディースクリニック

受診する健診を選んでください

☐ 特定健診または後期高齢者健診と
結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン)
☐ 特定健診または後期高齢者健診のみ
☐ 結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン)のみ
☐ 乳がん検診(マンモグラフィ) ※杵築中央病院のみ
☐ 子宮がん検診5月から3月で
受診予定月を
ご記入ください

月

(3月は特定健診は
受けられません)

月

月

☐ 上記で特定健診を
受けない

受けない理由を選んでください

☐ 医療機関に通院中(医療機関名:)
☐ 医療機関に入院または福祉・介護施設に入所中(施設名:)
☐ 職場で健診を受ける(受診予定時期: 月頃)
☐ その他(理由:)