

令和8年度 健診意向調査票(兼申込書)


〒
杵築市

様

提出はなるべく1か月以内をお願いします

受付日	No.
-----	-----






※係が受け付けた日ですので、記入はしないでください

≪ 電話番号 ≫ 携帯： <input type="text"/> 自宅： <input type="text"/>	※必ずご記入ください ※ハイフン（-）は不要です	
※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 ※記入不要	氏名(フリガナ)	性別	生年月日・年齢	保険の種類
		男・女	昭和 年 月 日 (歳)	市国保

記載年齢は令和8年度の健診対象基準となる令和9年3月31日時点の満年齢

- ★スマートフォンで回答する方は、健診希望先の二次元コードを読み取って、ご回答ください。
- ★郵送またはファックスで回答する方は、ご希望の健診先や項目等の□の枠内に✓や数字を鉛筆で記入して、回答してください。

<input type="checkbox"/> 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 健診センター申込 	<input type="checkbox"/> 人間ドックを受ける	胃がん検診希望 <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 4月下旬 <input type="checkbox"/> 5月～6月 <input type="checkbox"/> 7月～8月 <input type="checkbox"/> 9月～10月 <input type="checkbox"/> 11月～12月 <input type="checkbox"/> 1月～2月 <input type="checkbox"/> 3月(特定健診は 受けられません)	健診送迎車 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 利用する
	<input type="checkbox"/> 希望する 健診のみ 受ける	受診する健診を選んでください <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン) <input type="checkbox"/> 胃がん検診(胃透視) <input type="checkbox"/> 胃がん検診(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう検診	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	その他連絡事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓内容記入欄 ※記入例 ○○さん(続柄)と同日希望、 ○月△日は不可 …等
<input type="checkbox"/> 大分県厚生連 健康管理センター (人間ドック) 	<input type="checkbox"/> 人間ドックを受ける	胃がん検診希望 <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 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	健診送迎車 <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 利用する
<input type="checkbox"/> 地域巡回健診 	<input type="checkbox"/> 希望する 健診のみ 受ける	受診する健診を選んでください <input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン) <input type="checkbox"/> 胃がん検診(胃透視) <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう検診	受診予定日 _____ 月 _____ 日 会場名 _____	
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 衛藤外科 <input type="checkbox"/> 杵築中央病院 <input type="checkbox"/> しおはま診療所 <input type="checkbox"/> 渡辺内科医院 <input type="checkbox"/> 友岡医院 <input type="checkbox"/> 市外医療機関 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 特定健診と 結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン) <input type="checkbox"/> 特定健診のみ <input type="checkbox"/> 結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン)のみ <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ) ※杵築中央病院のみ <input type="checkbox"/> 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 (特定健診は2月まで) _____ 月 _____ 月 _____ 月	
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 医療機関に通院中 医療機関名 _____ <input type="checkbox"/> 医療機関に入院または福祉・介護施設に入所中 施設名 _____ <input type="checkbox"/> 職場で健診を受ける 受診予定時期 _____ 月頃 <input type="checkbox"/> その他 理由 _____			

(令和8年4月以降に杵築市国保(40~74歳)加入の方向け)

【係記入欄】 受付方法： 受付者： 入力者： 確認者： 健診セット配布(巡回)： 済・未