

# 令和8年度 健診意向調査票(兼申込書)

〒 〇〇〇  
 杵築市

様


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 ≫ ※必ずご記入ください  
 ※ハイフン（-）は不要です

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 ※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	大正昭和 年 月 日 ( 歳)	後期

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。

★健診を受けない方は、健診意向調査票（兼申込書）の提出は不要です。

<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"/> 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	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"/> 後期高齢者健診 <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)	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 ※5月～3月の期間	その他連絡事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓内容記入欄
<input type="checkbox"/> 大分県厚生連 健康管理センター (人間ドック)  	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 ※5月～3月の期間	※記入例 ○○さん(続柄)と同日希望、 ○月△日は不可 …等	
<input type="checkbox"/> 地域巡回健診  	受診する健診を選んでください <input type="checkbox"/> 後期高齢者健診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診(胃透視) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン) <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ)	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"/> 後期高齢者健診と 結核健診・肺がん検診(胸部レントゲン) <input type="checkbox"/> 後期高齢者健診のみ <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  _____ 月 _____ 月 _____ 月	