

人間ドック FAX予約申込書

個人用／Web予約と同じ対象者・コースに限ります

送信先

FAX 0470-25-5045

この用紙の送信だけでは予約は確定しません。

該当する項目があっても送信できます。当センターで内容と空き状況を確認し、必要な方へお電話します。連絡をもって予約確定となります。

1 申込対象の確認

保険のご加入状況 必須

☐ 3市町（館山市・南房総市・鋸南町）の国民健康保険または後期高齢者医療広域連合に加入
☐ 全額自費で受診

※保険組合や会社の補助を利用する方は、このFAXでは申込みできません。お電話ください。

2 ご希望のコース・受診日

希望コース 必須

半日ドック

☐ 日帰り人間ドック（胃部X線） ☐ 日帰り人間ドック（胃カメラ）
☐ 日帰り人間ドック（胃カメラ・鎮静剤使用）

大腸カメラ付きドック

☐ 日帰り人間ドック（胃カメラ・大腸カメラ）
☐ 日帰り人間ドック（胃カメラ・大腸カメラ鎮静剤使用）

受診希望日 必須

第1希望 20__年__月__日（__）

第2希望 20__年__月__日（__）

第3希望 20__年__月__日（__）

備考

3 受診される方の情報

お名前 必須

姓 _____ 名 _____

フリガナ 必須

セイ _____ メイ _____

性別／生年月日 必須

☐ 男性 ☐ 女性 19・20__年__月__日

過去の当院受診

☐ あり ☐ なし ☐ 不明

人間ドック FAX予約申込書

4 保険・連絡先情報

保険者番号 必須	_____
健康保険組合名 必須	_____
記号／番号／枝番 必須	記号 _____ 番号 _____ 枝番 _____
本人区分 必須	☐ 本人 ☐ 家族
事業所名	_____
連絡先電話番号 必須	_____ - _____ - _____
つながりやすい時間帯	☐ 9時～12時 ☐ 12時～13時 ☐ 13時～17時 ☐ 特になし
住所 必須	〒 _____ - _____ _____
メールアドレス 必須	_____

5 安全に受診いただくための確認

ペースメーカー・植込み 型除細動器 必須	☐ 使用している（当日お薬手帳を持参） ☐ 使用していない
インスリンポンプ等 必須	☐ 使用している（検査当日は外していただきます） ☐ 使用していない
血液をさらさらにする薬 必須	☐ 服用している（当日お薬手帳を持参） ☐ 服用していない ※薬は自己判断で中止しないでください。
現在治療中の病気 必須	次のいずれかに該当しますか。 ☐ 心疾患または糖尿病で治療中 ☐ 透析中 ☐ 3つ以上の病気で治療中 ☐ 該当しない ※該当する方は確認の電話をします。
抗てんかん薬の服用 必須	☐ 服用している ☐ 服用していない ※服用中の方は確認の電話をします。
1年以内の心疾患・脳卒 中 必須	☐ 診断・治療・入院があった ☐ なかった ※該当する方は確認の電話をします。
3か月以内の腹部手術 必須	☐ 受けた ☐ 受けていない ※該当する方は確認の電話をします。
妊娠・産後・授乳 必須	☐ 妊娠中・可能性あり ☐ 産後3か月以内 ☐ 授乳中 ☐ いずれも該当しない ※該当する方は確認の電話をします。

人間ドック FAX予約申込書

5 安全に受診いただくための確認（続き）

鎮静剤使用時 必須	☐ 検査後24時間は車・バイク・自転車等を運転できないことを理解しました
75歳以上で鎮静剤を希望する方 必須	☐ 送迎・付き添いを手配できる ☐ 手配できない ☐ 該当しない ※手配できない方は確認の電話をします。

6 申込内容の確認・同意

- ☐ 本申込書の送信は仮受付であり、当センターからの連絡をもって予約が確定することを理解しました。
☐ 予約手続きおよび受診案内に必要な範囲で、記載した個人情報を利用することに同意します。

記入日 20__年__月__日 署名 _____

送信前にFAX番号をご確認ください。保険証の写しや、病名・詳しい治療内容は送信しないでください。記載内容について、当センターから確認のお電話を差し上げる場合があります。

お問い合わせ 房総健康管理センター TEL 0470-25-5120（平日13:00～16:00）／ FAX 0470-25-5045