様式第1号（第5条関係）

予防検診申込書

（人間ドック ・ 脳ドック　併診ドック ・ 婦人科検診）

被保険者記号番号		上里
資格取得年月日		昭和・平成　　年　　月　　日
受検者	氏 名	
	生年月日及び性別	昭和・平成　　年　　月　　日（男 ・ 女）
	住 所	上里町大字
検査医療機関の名称		
検査方法及び検査料		通院・入院　　泊　　日（金額　　円）
検査予定日等		平成　　年　　月　　日 から　　月　　日

参考質問

① 過去の予防検診の有無についてお答えください

有り（　　回）・ 無し

② 検査を希望する理由についてお答えください

ア．既往の病気があるので受けたい。　（ 病名　　）

イ．明らかに異常があるので受けたい。

ウ．どこかに異常があるように感じられるので受けたい。

エ．健康であると思うが念の為に受けたい。

オ．その他　（　　）

上記により予防検診を受けたいので申し込みます。

なお、予防検診結果の内容については個人情報の保護に関する法律等を踏まえた対応を行うと共に、受検者の利益を最大限に保証する為の個人情報の保護を十分に配慮しつつ、効果的・効率的な特定保険指導を実施する為の資料として、有効利用されることに承諾します。

埼玉県児玉郡上里町長　関根孝道　様

平成　　年　　月　　日

住 所　上里町大字

受検者

氏 名　　㊞