

日本健康文化振興会 申込書

申込年月日		
2025年	月	日

健保コード	24641005
健保名	オエノンホールディングス健康保険組合

健康保険証			社員番号	事業所名
記号		番号		
受診者	(フリガナ)		性別	生年月日
	氏名		女	昭・平 年 月 日 歳
	住所	〒	携帯電話番号	
			日中連絡のとれる電話番号	

婦人科検診 受診申込書

希望医療機関	コードNo.						
	医療機関名						
希望検査に"○"をする							
1		子宮頸部細胞診					
2	かどにちら	乳房検査	マンモグラフィ				
			エコー				

希望日は申込日より 30日以上 先の日付 で記入をお願いします。				
受診希望日	第1希望	月	日	()
	第2希望	月	日	()
	第3希望	月	日	()
	特に希望日なし(いつでも良い)			

※特に希望日が無い方は希望日を記入せず"○"を付けて下さい。

※乳房検査は、視触診を原則実施しないことといたしました。ただし、医療機関によっては必ずセットでご受診いただく場合がございます。

〔厚生労働省通知の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(2016年2月一部改正)」、および日本乳癌学会診療ガイドラインにおいて、乳がん早期発見への有効性が不明であるとして、乳房視触診検査は推奨しないとの見解が示されております。〕

※収集する個人情報について
本検診で収集された個人情報は、本検診に係る業務処理並びに結果の管理等に使用する事をご了承ください。
委託先の日本健康文化進興会(提携医療機関を含む)は、医療関連法規に基づく秘守義務ならびに個人情報保護法に基づく受診者の個人情報保護を厳格に行っております。

個人情報の利用目的、取扱いについて

同意します。 一部同意しません。()

【医療機関リスト】 【婦人科検診のご紹介】



健保受付印	受付No.
(健保記入) 申込日	