健診意向調査　兼　町ぐるみ健診申込書

（特定基本健診・がん検診）

申し込む方がいない場合も、提出してください！

集落：
隣保：
電話番号：

◎　『平成29年度町ぐるみ健診のご案内』をご確認のうえ、お申し込みください。

◎　同一世帯の20歳以上の方を記載しています。ご家族でご覧いただき、それぞれの健（検）診状況についてお答えください。

◎　内容確認等で連絡する場合があります。連絡の可能な電話番号を記入してください。

【記入要項】

- 受診を希望する方は、希望する健（検）診名の「申し込みする」欄に〇、希望しない方は、「申し込まない理由」のうち、いずれかを選んで、該当する欄に〇を入れてください。
  （肝炎ウイルス、前立腺、骨粗鬆症、歯科、胃のABC検診については、申し込みする方のみ〇を入れてください。）
- 対象外で受診できない項目は回答らんに×を入れています。

『健診意向調査』も兼ねていますので、全員提出してください。

申し込みをされる方のみ〇を記入
申し込まない理由の記載は不要

健（検）診名			肺がん						胃がん				大腸がん				特定基本				乳がん				子宮頸がん				肝炎	前立腺	骨粗鬆症	歯科	胃のABC		
健診対象数把握等、保健事業推進のための資料とします。 個人情報は、厳重に管理し、目的以外に使用しません。 ※ご協力ありがとうございます			申し込みする	申し込まない理由					申し込みする	申し込まない理由			申し込みする	申し込まない理由			申し込みする	申し込まない理由			申し込みする	申し込まない理由			申し込みする	申し込まない理由			申し込みする	申し込みする	申し込みする	申し込みする	申し込みする		
				職場（学校）健診・人間ドックを受ける	かかりつけ医で受ける	施設入所・長期入院中・町外在住	妊娠中・ねたきり等で受診できない	その他		職場健診・人間ドックを受ける	かかりつけ医で受ける	その他		職場健診・人間ドックを受ける	かかりつけ医で受ける	その他		職場健診・人間ドックを受ける	かかりつけ医で受ける	その他		職場健診・人間ドックを受ける	かかりつけ医で受ける	その他		職場健診・人間ドックを受ける	かかりつけ医で受ける	その他							
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	生年月日	保険の種類																																	
福崎　太郎 1234567890　（[✓ 男]・女）	大正・[✓ 昭和]・平成 34年 8月23日（ 58歳）	1.[✓ 福崎町国保] 2.後期高齢 3.その他	〇								〇		〇				〇				×	×	×	×	×	×	×	×	×	〇					
	大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）	1.福崎町国保 2.後期高齢 3.その他																																	
	大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）	1.福崎町国保 2.後期高齢 3.その他																																	
	大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）	1.福崎町国保 2.後期高齢 3.その他																																	
	大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）	1.福崎町国保 2.後期高齢 3.その他																																	
	大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）	1.福崎町国保 2.後期高齢 3.その他																																	