

(がん検診等 ・ 成人歯科健康診査) 受診依頼書

(あて先) 川口市長

_____年 _____月 _____日

本日、がん検診等の受診券を提示できないため、以下のとおり依頼します。

(受診者記入欄 ※以下の項目に記入もしくはチェック☑してください。)

ふりがな			
氏名			
住所	川口市		
生年月日	年	月	日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
記入欄	<p>1 本日、受診券を提示できない理由は次のとおりです。</p> <p><input type="checkbox"/>4・5月に受診するため(胃がん内視鏡検診、大腸がん検診、成人歯科健康診査のみ)</p> <p><input type="checkbox"/>受診券が自宅に届かなかつた <input type="checkbox"/>紛失した <input type="checkbox"/>4月以降に転入した</p> <p><input type="checkbox"/>その他(_____)</p> <p>2 本日、受診を依頼する検(健)診は次のとおりです(受診するものすべてにチェック☑してください)。</p> <p><input type="checkbox"/>胃がん内視鏡検診</p> <p><input type="checkbox"/>大腸がん検診 <input type="checkbox"/>肺がん・結核検診 <input type="checkbox"/>肝炎ウイルス検診</p> <p style="padding-left: 150px;">※生涯に一度だけ受診できます</p> <p><input type="checkbox"/>子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/>乳がん(視触診)検診 <input type="checkbox"/>乳がん(セット)検診</p> <p style="padding-left: 150px;">※昨年度受診されたかたは、今年度受診できません</p> <p><input type="checkbox"/>成人歯科健康診査 <input type="checkbox"/>口腔がん検診</p> <p>3 受診にあたり以下の項目をすべて確認もしくは同意しました。</p> <p>※すべての項目にチェック☑が入らない場合は検(健)診を受診できません</p> <p><input type="checkbox"/>本日(検診受診日)時点で、川口市に住民票があります。</p> <p style="padding-left: 20px;">※本日以降に住民票を異動される場合であっても、異動日が本日より前に遡及された場合は、本日受診された検(健)診は無効となり、検(健)診費用を全額負担していただきます。</p> <p><input type="checkbox"/>今年度、同じ検(健)診を2回以上受診した場合は、2回目以降の検(健)診費用を全額負担します。</p> <p><input type="checkbox"/>検(健)診を実施するにあたり、検(健)診実施機関が保健所地域保健センターに確認をとります。</p> <p style="padding-left: 20px;">※受診される検(健)診によっては、確認をしない場合もあります。</p>		

(実施医療機関署名欄)

署名欄	<p>1 次に掲げるがん検診については、必ず保健所地域保健センターに当該受診者の受診履歴を確認してください。またそれ以外の検(健)診でも、疑義が生じた場合は確認してください。</p> <p>(1) 胃がん内視鏡検診 (2) 肝炎ウイルス検診 (3) 乳がん(セット)検診</p> <p>2 大腸がん検診は、今年度、国民健康保険人間ドック検診や後期高齢者人間ドック検診を受診されている方は受診できません。</p> <p>(実施医療機関署名欄) _____</p>
-----	--

(この件に関する問合せ先)

川口市保健所地域保健センター 成人保健係

電話 048-256-2022

住所 〒332-0026 川口市南町1-9-20