

令和8年度 生活習慣病予防健診受診予定者名簿 （追加検査を希望する方は必ず○をつけてください）

事業所									ご担当					荘内地区健康管理センター 事業推進課 TEL : 0235-22-6445 FAX : 0235-25-2216 E-mail : kenshin@tsuruoka-med.jp			
事業所 所在地					保険者番号				電話番号								
					記 号				FAX番号								
	予約日	時間	保険証 番号	氏名／カナ	性別	生年月日	年度 年齢	コ ー ス	追加検査 （※は補助対象者）						特殊健診		備考
									節目	骨粗	子宮	乳 (マンモ)	乳房 超音波	腹部 超音波	有機	特化 物	
1		:						一 般									
2		:						一 般									
3		:						一 般									
4		:						一 般									
5		:						一 般									
6		:						一 般									
7		:						一 般									
8		:						一 般									

- ◆乳房超音波検査をご希望の方は乳がん検診が受診必須となります。
- ◆特殊健診をお申し込みの際は、使用している溶剤名等を備考欄にご記入ください。